THESIS. LEIDEN. 1884

C. NOLEN

PROEFSCHRIFT

LANE
MEDICAL LIBRARY
SEAL OF THE LELAND STANFORD JUNIOR UNIVERSITY
SEMPER VIRENS
1885

Gift
pof Mr. William Wreden

LANE MEDICAL LIBRARY
STANFORD UNIVERSITY
300 PASTEUR DRIVE
PALO ALTO, CALIF.

HAEMATOCELE INTERVAGINALIS.

LEIDEN: BOEKDRUKKERIJ VAN L. VAN NIFTERIK HZ.

HAEMATOCELE INTERVAGINALIS.

PROEFSCHRIFT,

TER VERKRIJGING VAN DEN GRAAD VAN

DOCTOR IN DE GENEESKUNDE,

AAN DE RIJKS-UNIVERSITEIT TE LEIDEN,

OP GEZAG VAN DEN RECTOR MAGNIFICUS,

Dr. D. DOIJER,

HOOGLEERAAR IN DE FACULTEIT DER GENEESKUNDE,

VOOR DE FACULTEIT TE VERDEDIGEN,

op Zaterdag, den 5den April 1884, des namiddags ten 3 ure,

DOOR

Catharinus Nolen,

Arts.

GEBOREN TE ROTTERDAM.

LEIDEN,
S. C. VAN DOESBURGH.
1884.

Aan de Nagedachtenis van mijn Vader.

Bij het eindigen mijner academische studiën, rest mij de aangename taak U, Hoogleeraren der Medische Faculteit, dank te zeggen voor de vele nuttige lessen, die ik van U mocht ontvangen.

In 't bijzonder breng ik U, Professor VAN ITERSON, Hoogge-achte Promotor, mijn innigen dank voor de welwillendheid en belangstelling, die ik van U mocht ondervinden, niet alleen bij het vervaardigen van dit proefschrift, maar vooral ook gedurende den tijd, dien ik als Uw assistent in 't Ziekenhuis doorbracht.

INLEIDING.

Voordat wij tot de behandeling van ons eigenlijk onderwerp overgaan, willen wij in de eerste plaats een enkel woord wijden aan de benaming „haematocele" en in de tweede plaats aan die van „haematocele extravaginalis", welke door ons, gelijk uit den titel van dit proefschrift blijkt, in „haematocele intervaginalis" is veranderd. De redenen, die ons tot die verandering leidden, deelen wij in 't eerste hoofdstuk mede.

Het woord „haematocele" is samengesteld uit αἷμα, bloed en κήλη, gezwel, en zou dus volgens zijn taalkundige beteekenis op alle bloedgezwellen kunnen worden toegepast. In de medische wetenschap is echter aan het woord κήλη een bijzondere beteekenis gehecht n.l. die van hernia, en de namen, die door samenstelling met dit woord ontstonden, zijn in den beginne dan ook uitsluitend toegepast op de op breuken gelijkende tumoren van het scrotum. Pneumatocele, haematocele, hydrocele, varicocele, sarcocele, enz. werden alle tot een rubriek samengevat en als herniae spuriae gesteld tegenover de herniae verae. Later zijn deze benamingen ook op gezwellen aan andere

plaatsen van het lichaam voorkomende toegepast en men sprak van hydrocele colli, hydrocele capitis enz. Met deze nomenclatuur is men echter tamelijk willekeurig te werk gegaan, zoodat het moeielijk is een juist criterium aan te geven, wanneer een gezwel met den naam van κήλη mag worden bestempeld. Virchow [1]) heeft dan ook terecht tegen deze willekeur geprotesteerd en voorgesteld slechts in die gevallen deze benaming te gebruiken, waar werkelijk van een hernia sprake is, waar derhalve een zak ontstaan is, door verwijding van een normaal aanwezige holte, of door uitstulping van haren wand.

Terwijl nu sommige schrijvers alle bloedhoudende gezwellen van het scrotum met den naam van haematocele bestempelen, zijn er weder andere, die nu eens van haematocele dan weder van haematoma spreken. Uiterst moeielijk is het, het juiste verschil tusschen deze twee benamingen aan te geven. Virchow [2]) rekent de haematomata tot die gezwellen, welke door extravasatie ontstaan, terwijl de haematocelen daarentegen tot de trans- en exsudatieve gezwellen moeten worden gerekend. Vooreerst is het verschil tusschen een extravasaat en een exsudaat niet altijd juist aan te geven, maar ten andere merkt Virchow zelf reeds aan, dat niet altijd het door hem opgegeven criterium bij de nomenclatuur is in 't oog gehouden.

Van hetzelfde principe als Virchow uitgaande maakt ook Kocher [3]) een scheiding tusschen haematoom en haematocele. Wanneer we Kocher's definitie, die alleen toepasselijk

---

1) Rudolf Virchow. Die Krankhaften Geschwülste. Berlin, 1863, pag. 170.

2) l. c., pag. 149.

3) Kocher. Krankheiten des Hodens und seiner Hüllen, etc. im Handbuch der allgemeinen und speciellen Chirurgie von Pitha-Billroth, Stuttgart 1871—1875.

is op de bloeduitstortingen in de tunica vaginalis propria, een weinig wijzigen, dan kunnen wij het volgende vaststellen: Bij de tumoren van het scrotum spreekt men in den regel van een haematoom dáár, waar door een bloeduitstorting een gezwel ontstaat en waar dus de bloeduitstorting zelve 't typische der aandoening is, terwijl we daarentegen van haematocele spreken, indien de primaire of secundaire veranderingen van den wand der bloedhoudende holte 't meest op den voorgrond treden, de aanwezigheid van bloed slechts als bijzaak te beschouwen is.

Dat we aan de beteekenis van het woord „αἷμα" niet te streng moeten vasthouden zal wel overbodig zijn hier te zeggen. Niemand zal verwachten in een haematoom of haematocele nooit iets anders dan zuiver bloed te zullen aantreffen. Evenals op andere plaatsen van het lichaam kan ook hier het uitgestorte bloed tal van wijzigingen ondergaan en nu eens zullen wij een bijna volkomen heldere sereuze vloeistof aantreffen, dan weder een donkere bijna zwarte min of meer vloeibare massa.

Wat de omschrijving „extravaginalis" betreft, dit woord is naar onze meening minder gelukkig gekozen, daar het volstrekt niet de juiste plaats der vochtuitstorting aangeeft. Wel is waar wordt in den regel onder het woord tunica vaginalis, wanneer dit zonder nadere omschrijving wordt gebezigd, de propria testis bedoeld, en moeten wij dus onder „extravaginaal" verstaan „buiten de tunica vaginalis propria testis", maar ook dàn nog is deze plaatsaanwijzing te onbepaald. Immers met de tunica vaginalis communis wordt hierbij geen rekening gehouden. Sommige schrijvers noemen dan ook alle bloeduitstortingen buiten de tunica vaginalis propria extravaginaal, andere daarentegen gebruiken deze bepaling slechts dàn, wanneer de haematocele buiten de tunica propria maar b i n n e n de

communis is gelegen. Dat het werkelijk van groot belang is, de verhouding van de tunica vaginalis communis ten opzichte van het gezwel in acht te nemen, hopen wij later nog nader te zullen aantoonen.

Kocher [1]) die als analogon van de periorchitis, de benaming perispermatitis heeft ingevoerd, beschouwt de haematocele extravaginalis als een onderafdeeling van de perispermatitis chronica haemorrhagica (haematocele funiculi). Evenals bij de perispermatitis chronica serosa (hydrocele funiculi) onderscheidt hij ook hier drie verschillende vormen, n.l. de H. funiculi totalis, de intrainguinalis en de extrainguinalis. Bij de H. extrainguinalis reikt de tumor in sommige gevallen slechts tot aan de bovenste pool van den testikel en doet zich daardoor onmiddellijk voor, als een tot den funiculus behoorend gezwel, in andere gevallen strekt de tumor zich echter verder uit naar beneden, bedekt den testikel geheel of gedeeltelijk en verdringt dezen. Aan deze laatste gevallen nu geeft hij den naam van haematocele extravaginalis. Ze verschillen slechts hierin van de andere extrainguinale gevallen, dat de vochtaanzameling een grooteren omvang bezit en de tumor daardoor verder naar beneden reikt. De naam „extravaginalis" is ingevoerd, zegt Kocher [1]), omdat bij de grootere extrainguinale vormen, vooreerst de testikel en zijn adnexa slechts een aanhangsel van den tumor schijnen te zijn en ten andere omdat de cyste dikwijls innig vergroeid is met de buitenvlakte van de tunica vaginalis propria. Zeer duidelijk wordt door deze verklaring, onzes inziens, 't ontstaan van de omschrijving „extravaginalis" niet.

Wanneer de grootte van een tumor 't criterium moet zijn voor 't al of niet toepassen eener benaming, dan kan

1) l. c. pag. 163.

't niet anders of tal van verwarringen moeten daarvan 't gevolg zijn. We meenen dan ook aan 't verschil tusscheu den extrainguinalen en den extravaginalen vorm niet te moeten vasthouden.

Daar het echter van 't grootste belang is de verhouding van de tunica vaginalis communis ten opzichte der vochtuitstorting goed in 't oog te houden, hebben wij aan de haematocele, die gelegen is tusschen de tunica vaginalis propria en communis, den onzes inziens meer juisten naam van „haematocele intervaginalis" gegeven, in plaats van het tot nog toe gebruikelijke „extravaginalis".

EERSTE HOOFDSTUK.

Literatuur en Casuistiek.

De literatuur van ons onderwerp is niet van zeer oude dagteekening.

Jean Louis Petit [1]) was de eerste, die van de bloeduitstortingen in 't scrotum als een bijzondere aandoening melding maakte, en hij schijnt zelfs de verschillende vormen er van alle gezien en herkend te hebben, zonder dat hij ze echter als onderafdeelingen van één en dezelfde rubriek samenbracht.

In Heister's „Institutiones Chirurgicae" [2]) vinden wij een afzonderlijk caput aan de haematocele gewijd. Hij is de eerste, die van deze benaming gebruik maakt. „Haematocele sive hernia sanguinea," zegt hij, „vocari potest, quando in scroto loco seri sive aquae sanguis aut humor saltem sanguineus continetur." Volgens hem zou ook reeds Celsus deze aandoening gezien en herkend hebben, zonder ze echter als eene haematocele te vermelden.

---

1) Jean Louis Petit (1674—1750).

2) Heister. Institutiones chirurgicae, Amstelaedami, MDCCL, Pars II, Sect. V, Cap. CXXII.

Bij Percival Pott [1]) treffen wij een meer nauwkeurige beschrijving van de verschillende vormen van haematocelen aan. De anatomische zitplaats der bloeduitstortingen in aanmerking nemende, verdeelt hij ze in de vier volgende rubrieken: bloeduitstortingen 1°. in de tunica vaginalis propria, die ontstaan na punctie van een hydrocele, door directe verwonding van een bloedvat. 2°. in de tunica vaginalis propria eveneens na 't ontledigen van een hydrocele ontstaande, door spontane ruptuur van een vat. 3°. binnen de tunica albuginea en 4°. binnen de tunica vaginalis communis. Pott was ook de eerste, die een juiste beschrijving gaf van de haematocele in 't verloop van den funiculus spermaticus. „This species of haematocele" zegt hij [2]), „arises from a bursting of a branch of the spermatic vein, between the groin and scrotum, in what is generally known by the name of spermatic process. This, which is generally produced by great or sudden exertions of strength, feats of agility, etc. may happen to persons in the best health, whose blood and juices are in the best order, and whose genital parts are free from blemish or disease. The effusion or extravasation is made into the cellular membrane, which invests, and envelopes the spermatic vessels, and has something the appearance of a true hernia."

Hij laat hier 3 gevallen volgen, waar ten gevolge van een trauma een plotselinge bloeduitstorting in de tunica vaginalis communis rondom den funiculus spermaticus plaats had.

John Hunter [3]) dringt voornamelijk op 't verschil aan

---

1) Percival Pott. A treatise on the hydrocele or watry rupture, and other diseases of the testicle, it's coats and vessels. II Edit. London 1767.

2) l. c. pag. 188.

3) John Hunter, (1728—1793).

dat bestaat tusschen de haematocele vaginalis traumatica en spontanea, welke laatste aandoening aanleiding had gegeven tot tal van verwarringen met maligne tumoren van den testikel.

Aug. Gottlieb Richter [1]) volgde het voorbeeld van Pott en onderscheidde de volgende drie soorten van haematocelen naar de plaats waar de bloeduitstorting gevonden werd: 1°. in de tunica vaginalis propria, 2°. binnen de tunica albuginea testis en 3°. in 't celweefsel van den scrotaalzak. De haematocele van den funiculus was dus bij hem weder in 't vergeetboek geraakt.

Benjamin Bell [2]) daarentegen beschreef zeer nauwkeurig de haematocele van den funiculus spermaticus, die hij tegenover die van het scrotum stelde.

Boyer [3]) ontleent de beschrijving dezer aandoening in hoofdzaak aan Pott, zonder dat hij verder eenige bijzonderheden voor de kennis onzer ziekte mededeelt.

Door Velpeau [4]) werd de kennis der haematocelen weder een stap verder gebracht. Hij maakte er opmerkzaam op, dat in al die gevallen, waar bij punctie van een hydrocele bleek, dat de aanwezige vloeistof niet uit een helder sereus vocht bestond maar rood, bruin of chocoladekleurig was, men niet met een zuivere hydrocele te doen had, maar dat die wijzigingen in kleur afhankelijk waren van bijmenging van een grootere of kleinere hoeveelheid bloed, m. a. w. dat al die gevallen tot de haematocelen moesten

---

1) Aug. Gottlieb Richter. Elementi di chirurgia. Pavia, 1806.

2) Benjamin Bell, Treatise on the hydrocele, on sarcocele or cancer, and other diseases of the testes. Edinburgh 1794.

3) Boyer. Traité des mal. chir. et des operations qui leur conviennent. Ve édit. publ. par Phil. Boyer. Paris 1844—'53.

4) Velpeau. Leçons orales de clinique chirurgicale. Tome II. Paris 1831.

worden gerekend. Ook op de veranderingen der tunica vaginalis propria vestigde hij de aandacht. Hij meende dat de verdikkingen dier tunica, die in den regel in dergelijke gevallen worden waargenomen zouden ontstaan, doordat bloedcoagula uit de vloeistof zich laagsgewijze tegen den sereuzen binnenwand der tunica zouden afzetten. Behalve van de haematocele vaginalis maakt hij ook melding van die vormen, waar het bloed is geinfiltreerd in 't celweefsel van het scrotum, of zich daar in grootere haarden heeft verzameld.

Aangespoord door de onderzoekingen van Velpeau, gaf E. Cloquet [1]) in 1846 een zeer uitvoerige beschrijving van de haematocele spontanea vaginalis.

In 1848 wijdde Malgaigne [2]) in zijn „Tumeurs du cordon spermatique" een afzonderlijk hoofdstuk aan de „hématocèle du cordon." Sedert Pott was deze aandoening weer meer op den achtergrond geraakt en Malgaigne geeft in dit hoofdstuk de meening van Pott omtrent de wijze van ontstaan enz. duidelijk weder. Alleen meent hij te moeten aanmerken, dat de bloeduitstorting waarschijnlijk niet ontstaat door een ruptuur van een vena van den funiculus, zooals Pott wilde, maar door die van een arterie. Malgaigne spreekt echter alleen van die bloeduitstortingen, die min of meer snel onder de inwerking van een trauma ontstaan. Hij heeft hiervan een geval waargenomen, waar spontane genezing volgde nadat patient eenigen tijd had rust gehouden. Om in gevallen waar de bloeding nog voortbestaat deze te doen ophouden raadt hij aan compressie

---

1) E. Cloquet. Thèse sur l'hématocèle, Paris, 1846.

2) Malgaigne. Des Tumeurs du cordon spermatique; Thèse pour une chaire de clinique chirurgicale, Paris, 1848.

uit te oefenen op de uitwendige opening van het lieskanaal b.v. door middel van een breukband.

Intusschen waren er ook enkele gevallen van haematocele intervaginalis gepubliceerd, o. a. door Bérard [1]) waar de haematocele ontstond door een trap tegen 't scrotum, bij iemand lijdende aan varicocele; door Gosselin [2]) waar de tumor zich vrij snel ontwikkelde zonder een voorafgegaan ingrijpend trauma. Onder den titel van „Observations d'hématocèle par épanchement en dehors de la tunique vaginale" geeft hij de volgende beschrijving van dit geval.

G. L., oud 15 jaar, een volkomen gezond individu, kreeg voor 10 dagen pijn en zwelling in 't scrotum zonder huidverkleuring. De zwelling is snel toegenomen; is nu sedert 3 à 4 dagen constant gebleven. Pat. bleef loopen en werken, had alleen veel pijn bij het paard rijden. 's Nachts had hij bijna volstrekt geen pijn. Hij weet volstrekt geen oorzaak voor 't ontstaan aan te geven, alleen moet hij veel paardrijden.

20 Febr. 1844. Linkszijdige scrotaaltumor, kegelvormig, basis naar beneden, top naar boven gericht, ganzenei-groot. Huid niet geëchymoseerd, wat bruin gekleurd. Tumor is week, fluctueert, een „tremblottement particulier" voelbaar. Aan de binnenzijde voelt men een hardere en ongelijke plaats, die zeer gevoelig is bij druk. Rechter testikel is normaal. Linker duidelijk voelbaar aan de bovenbuitenzijde, men kan hem heen en weer bewegen en geheel betasten. Overigens testikel gezond, geen varicocele. De tumor is niet doorschijnend.

M. Blandin maakte den 23sten Febr. zoo laag mogelijk een punctie, waarbij een $^1/_2$ glas vloeibaar, donkerrood bloed afvloeide. De tumor is niet geheel ontledigd; er blijft een meer consistente massa over, klaarblijkelijk uit bloedcoagula bestaande.

25 Febr. Incisie (5 c.M. lang) aan de voorzijde van het scrotum;

1) Bérard. Gaz. de méd. prat. 1840.

2) Gosselin. Arch. gén. de méd. 1844. Mai. Série IV. Tome V.

de bloedcoagula worden verwijderd. De testikel ligt niet in de geopende holte. Na 15 dagen suppuratie is de wond gecicatriseerd en wordt patient genezen ontslagen.

Gosselin legt bijzonder veel nadruk op het „tremblottement particulier" dat hij waarnam „après avoir agitée un moment la tumeur." Hij meent dat dit eigenaardig gevoel afhankelijk zou zijn van drijvende coagula. Dat het niet bij haematocele vaginalis werd waargenomen zou verklaard kunnen worden, doordat de bloedcoagula gemakkelijker zouden adhereeren en doordat de zieke tunica vaginalis te dik zou zijn om het waar te nemen.

Velpeau [1]) deelde in 1847 eveneens een geval mede, waar de tumor zich langzamerhand ontwikkeld had zonder dat een bekend trauma was voorafgegaan.

In 1849 schreef Béraud zijn verhandeling over „hématocèle" waarvan later in 1851 een résumé gepubliceerd werd in de Arch. gén. de méd. onder den titel „Considerations sur l'hématocèle ou épanchements sanguins du scrotum." Béraud stelde voor een nieuwe nomenclatuur in te voeren en de verschillende bloeduitstortingen scherp van elkaar te onderscheiden al naar gelang van de anatomische plaats, die ze innamen. Hij onderscheidde in de eerste plaats twee rubrieken, n.l.

A. Haematocelen van het scrotum; d. i. van de omhullende deelen van den testikel en van den funiculus.

B. Haematocelen van den funiculus en van den testikel.

De eerste rubriek moest vervolgens in twee onderdeelen worden gesplitst n.l.

1°. Haematocele vaginalis

en 2°. Haematocele parietalis (dit is buiten de tunica vaginalis propria).

---

1) Velpeau. Gaz. des hôp. 1847.

Ook de tweede rubriek verviel in twee onderdeelen n.l.

1°. Haematocele parenchymatosa (i. e. binnen de tunica albuginea)

en 2°. Haematocele funicularis.

Ten slotte moest nog onderscheiden worden of het bloed zich verspreid had in 't celweefsel, dan wel of het in grootere of kleinere haarden werd aangetroffen. De „hématocèle pariétale" en de „hématocèle funiculaire" vervielen dus elk weer in twee groepen, n.l. „hématocèle par infiltration" en „hématocèle par épanchement". De „hématocèle funiculaire par épanchement" komt dus overeen met onze haematocele intervaginalis. Béraud zegt, dat deze laatste vorm uiterst zeldzaam is en dat er slechts twee gevallen in de litteratuur bekend zijn, die hij beide citeert. Het eerste geval is dat van Velpeau, reeds hierboven genoemd en in 1847 onder den titel van „hématocèle enkystée du cordon" bekend gemaakt.

N. N., 40 jaar oud, had reeds zeer lang boven den linker testikel een hard doch niet pijnlijk gezwelletje ter grootte van een hazelnoot. Voor een jaar is dit tumortje gaan groeien, nadat pat. zich gestooten had tegen een ton. Dit trauma was echter van zeer lichten aard. Langzamerhand is de tumor grooter geworden en is nu bijna vuistgroot. De zwelling is kegelvormig, de top reikt tot in 't lieskanaal. De huid is niet verkleurd, de tumor is niet pijnlijk. 't Gewicht van den tumor is veel grooter dan dat van een hydrocele van denzelfden omvang. De oppervlakte is glad. Naar boven strekt het gezwel zich naar 't lieskanaal als een breede band uit, naar beneden naar den testikel in een nog breedere voortzetting; beide gedeelten zijn door een oppervlakkige sleuf van elkaar gescheiden. Geen fluctuatie, wèl pseudo-fluctuatie. De tumor is niet doorschijnend. Bij een proefpunctie ontlasten zich een kleine hoeveelheid bloed en eenige fibrinstolsels. Incisie, waarna eenig fibrinbeslag, dat zeer innig met den wand van den zak samenhing, hiervan wordt afgetrokken. De testikel ligt aan de binnenzijde een weinig naar beneden. De top van den tumor heeft

nog hetzelfde volume behouden en zich nog niet ontledigd. Bij een tweede punctie komt een sereuze een weinig roodgekleurde vloeistof te voorschijn en vervolgens meer bloederig vocht. De tumor was nu geheel verdwenen.

In dit geval bestond er dus een combinatie van een haematocele vaginalis met een haematocele funicularis.

Het tweede geval is dat van Dr. Cabaret. Behalve de „hématocèle du cordon spermatique" bestond tegelijkertijd een hydrocele vaginalis.

N., 50 jaar oud, had voor eenige dagen bij het oplichten van een zwaren last, plotseling in de rechter lies een gevoel gekregen alsof er iets scheurde, waarop er onmiddellijk een kleine tumor was ontstaan, die langzamerhand in grootte toenam. De tumor is kegelvormig, de basis is naar beneden gekeerd, de top reikt tot aan de liesplooi. De tumor is elastisch, fluctueert en is niet pijnlijk. De testikel ligt beneden en voelt ongelijk en gezwollen aan. Bij nauwkeurig onderzoek bleek dat het gezwel irreponibel was, en daar pat. volstrekt geen klachten had van de zijde van het digestieapparaat, kon een hernia worden uitgesloten. 't Onderste gedeelte van den tumor was doorschijnend, 't bovenste gedeelte volstrekt niet. De snelheid waarmede de tumor gegroeid was en de gelijkmatige toename in omvang in aanmerking nemende enz. werd gediagnostiseerd: haematocele funiculi spermatici gecompliceerd met hydrocele vaginalis. Na vruchteloos resorbentia te hebben aangewend, werd een punctie gedaan, waarbij zich een vrij groote hoeveelheid helder sereus vocht ontlastte. De hydrocele kwam later terug, waarop opnieuw gepuncteerd werd en vervolgens een joodinjectie gemaakt werd, die een blijvende genezing tot stand bracht. De bovenste ondoorschijnende tumor werd later geïncideerd, waarbij een hoeveelheid gedeeltelijk vloeibaar, gedeeltelijk gecoaguleerd bloed uitvloeide. De wond werd met pluksel opgevuld en in 25 dagen was patient genezen.

Behalve de mededeeling dezer twee gevallen vinden wij bij Béraud niets meer omtrent dezen vorm van haematocele opgeteekend. Alleen zegt hij nog dat de diagnose

uiterst moeielijk kan zijn en soms zelfs onmogelijk is zonder tot een proefpunctie over te gaan.

In hetzelfde jaar werd door Bruch [1]) een geval van haematocele medegedeeld.

Een oud man was drie maanden voor zijn dood over zijn stok gevallen en had daarbij den linker testikel gekneusd. Pijn en zwelling, welke laatste bleef bestaan. Bij de sectie werden testikel en epididymis gezond gevonden; tunica vaginalis propria normaal, tusschen deze en de tunica vaginalis communis echter bevond zich aan den fundus scroti, dicht bij de albuginea en deze zelfs iets naar binnen dringende een walnoot-groot bloedstolsel, bruinrood gekleurd met een gele, verharde kapselvormige bekleeding en een verweekt centrum. Naast dezen grooten haard werd nog een kleinere erwtgroote gevonden met dezelfde calleuze gele wanden, doch slechts wat serum bevattende.

Door Bowman [2]) werd in 1850 een geval medegedeeld van een zeer groote haematocele funiculi spermatici, die na een 10jarig bestaan den dood ten gevolge had.

N. bemerkte na een val van zijn paard in de rechter liesstreek een zwelling, die veel overeenkomst met een hernia vertoonde, maar niet reponibel was en niet aanspande bij 't hoesten. Geen incarceratieverschijnselen. Ecchymosen van de huid. De pijn verdween langzamerhand, maar de tumor bleef 3 jaar onveranderd bestaan. Pat. bemerkte toen plotseling bij 't loopen dat het gezwel grooter werd. Bij onderzoek bleek, dat er een aanzienlijke bloeduitstorting had plaats gehad, niet alleen in 't lieskanaal, maar ook in 't scrotaalweefsel, zoodat het geheele scrotum sterk was uitgezet en niets kon worden gevoeld omtrent testikel en tunica vaginalis propria. Toen later de ecchymosen der huid verdwenen waren, scheen het toch alsof de tumor eer grooter dan kleiner werd. Daar de tumor fluc-

1) Henle und Pfeufer's Zeitschrift. Bd. VIII, 1849. Bruch. Zur Entwickelungsgeschichte der pathologischen Cystenbildungen.

2) Bowman. Med. Chir. Transact. Vol. XXIII, 1850.

tueerde, werd met een troicart een punctie gedaan, waarbij een stroom bloed gedeeltelijk arterieel, gedeeltelijk veneus te voorschijn kwam, zoodat men meende met een fungeuze tumor te doen te hebben. Na 2 jaar werd door een ander medicus opnieuw gepuncteerd met hetzelfde gevolg. Toen Bowman den zieke een week later zag gaf de tumor in 't bovenste derde gedeelte een tympanitischen percussietoon, en, als men 't gezwel heen en weer schudde, hoorde men een geruisch alsof er lucht in den tumor aanwezig was. Pat. verzekerde dat dit laatste bij 't puncteeren nog niet bestond.

Het gezwel reikt in rugligging tot aan de patel, de tumor is ovaal en is zoo zwaar dat hij met beide handen moet worden opgelicht. De top zet zich in 't lieskanaal voort. Geen klierzwelling. Sterk gedilateerde venen aan de oppervlakte. Huid donker van kleur. Rechter testikel en epididymis aan 't ondereinde van 't gezwel voelbaar liggen op pat.'s knie. Zij zijn duidelijk isoleerbaar van 't gezwel. Met een troicart werd punctie gedaan en er kwam een hoeveelheid stinkend gas en stroopachtig, donkerbruin bloed te voorschijn. De punctieopening werd met 't mes gedilateerd, waarna nog een groote hoeveelheid coagula konden worden verwijderd. Het werd nu duidelijk, dat het gezwel uit een buitengewoon grooten met bloed gevulde zak bestond, welke tot den funiculus spermaticus behoorde. De geheele verwijdering van het gezwel werd niet beproefd, gedeeltelijk omdat pat.'s krachten zeer waren afgenomen, gedeeltelijk om de talrijke en sterke adervertakkingen van den wand van den zak, en omdat bovendien de zak overal innig met de huid was vergroeid. Om den geheelen inhoud goed te verwijderen werd nog op een lager gelegen punt een contra-apertuur gemaakt. De wanden van den zak vielen niet samen, omdat deze te dik waren en bovendien nog lagen van gecoaguleerd bloed, die zeer innig met de binnenvlakte van den wand samenhingen, moesten worden achtergelaten. De testikel lag aan de onderzijde van het gezwel in zijn normale bekleeding.

Patient stierf na eenige dagen.

In 't zelfde jaar verscheen eene studie van Gosselin [1])

1) Arch. gén. de méd. Série IV, Tome 27, 1851. Gosselin. Recherches sur l'épaississement pseudomembraneux de la tunique vaginale dans l'hydrocèle et l'hématocèle.

over het tot stand komen der verdikkingen van de tunica vaginalis bij haematocele vaginalis. Deze verdikking zou volgens hem niet ontstaan, zooals Velpeau gezegd had, doordat coagula uit den bloederigen inhoud zich vast tegen den binnenwand der tunica vaginalis zouden afzetten, maar door de vorming van pseudo-membranen, die slechts betrekkelijk los met de sereuze oppervlakte dier tunica samenhingen. De aanbeveling eener nieuwe operatie-methode, de z.g. „decorticatie" moet als het resultaat zijner studiën worden beschouwd.

In 1853 verscheen van Jamain [1]) een uitvoerige en nauwkeurige verhandeling over de verschillende vormen van haematocelen. Bij hem vinden wij o. a. een korte vermelding van een geval van haematocele funicularis door Scarpa [2]) waargenomen, en door dezen als een „hydrocèle enkystée du cordon" beschreven. De kyste bedekt door bundels van den cremaster en door de verdikte tunica vaginalis communis, was langzamerhand hard en vast geworden. Ze bevatte een honing-dikke, chocolade-kleurige vloeistof.

Nélaton [3]) deelde in 't zelfde jaar eveneens een door hem waargenomen geval mede.

Twee gevallen werden door Fleury in de „Société de Chirurgie" medegedeeld en wel in 1856 [4]) en in 1862 [5]).

Aan deze laatste mededeeling ontleenen wij 't volgende:

N., 69 j. oud, kleermaker, heeft voor 15 maanden bij het uit 't bed stappen zijn scrotum gekneusd. Hierbij had hij hevige pijn, die echter spoedig week; later trad zwelling op. De tumor is nu bijna vuistgroot, voelt hard aan en is niet pijnlijk bij druk. De huid is

1) Jamain. Sur l'hématocèle du scrotum, Paris, 1853.

2) Scarpa. Memorio sull'idrocele del cordone spermatico. Pavia 1823, pag. 28.

3) Nélaton. Gaz. des hôp. N°. 20, 1853.

4) Fleury. Gaz. des hôp. N°. 108, 1856.

5) Fleury. Gaz. des hôp. N°. 29, 1862.

niet verkleurd. In 't midden van den tumor schijnt fluctuatie te bestaan, hoewel zeer onduidelijk, nergens is de tumor doorschijnend. De testikel en funiculus spermaticus zijn volstrekt niet afzonderlijk van den tumor te zien of te voelen. Punctie van den tumor, waarbij een half glas bloederig vocht wordt ontlast, de tumor is ongeveer tot op twee derde van zijn volumen gereduceerd. Patient wordt op verzoek ontslagen, maar keert na 8 maanden weer terug, toen de tumor weer zijn vorige grootte bereikt had. Thans wordt besloten tot castratie over te gaan. Lengte-incisie over den tumor. Alvorens den tumor te openen wordt met 't bistouri een punctie gedaan, waarbij zich een groote hoeveelheid donker-roode vloeistof ontlast. De opening wordt gedilateerd en de holte geheel blootgelegd. De wanden bestaan uit een hard en vast weefsel, van fibro-cartilagineuzen aard en met een grijs beslag bedekt. Op enkele plaatsen zijn kalkachtige concrementen in den wand te voelen, die aan een begin van ossificatie zouden doen denken. Men kan den geheelen tumor over $^2/_3$ van zijn oppervlakte gemakkelijk uitpellen, 't achterste derde gedeelte is echter vast vergroeid met 't omliggende weefsel. In 't onderste gedeelte van den tumor is aan de binnenzijde een plaats, waar fluctuatie is te voelen. Na een punctie komt hier eenig helder sereus vocht te voorschijn en 't blijkt dat door de punctie de tunica vaginalis propria geopend is. Het gedeelte van den tumor, dat losgepeld is, wordt verwijderd en van het overige derde gedeelte, dat vast met de tunica vaginalis propria is vergroeid, wordt zooveel mogelijk weggesneden. Drie dagen na de operatie begon patient te febriciteeren en bij onderzoek bleek dat er retentie van een kleine hoeveelheid stinkende pus binnen de tunica vaginalis propria bestond. Incisie van de tunica vaginalis propria en excisie van dat gedeelte van de tunica, dat innig vergroeid was met den oorspronkelijken tumor. Zes weken later kon pat. genezen worden ontslagen.

De beide gevallen van Fleury zijn daarom van zooveel belang, omdat ze aanleiding hebben gegeven tot een gedachtenwisseling tusschen hem en Gosselin in de „Société de Chirurgie". Toen Fleury n.l. zijn eerste geval had medegedeeld en de beschreven aandoening als een „kyste

des bourses" had beschouwd, werd hij door Gosselin bestreden, die meende dat hier geen sprake was van een kyste, maar de aandoening beschouwde als een „vaginalite pseudo-membraneuse" (haematocele vaginalis). Wel ontkende Gosselin 't bestaan dier kysten niet, maar hij meende, dat deze tot de zeldzaamheden behoorden, terwijl de „vaginalite pseudo-membraneuse" veel frequenter zou voorkomen. Door de mededeeling van het tweede geval werd Gosselin overtuigd, dat hier werkelijk een kyste moest bestaan, want naast den tumor werd 't cavum vaginale met den daarinliggenden testikel normaal bevonden. Van een „vaginalite" kon dus hier geen sprake zijn. Fleury trok uit zijn mededeeling de tegenovergestelde conclusie als de hierboven genoemde en meende dat de „vaginalite pseudo-membraneuse" tot de uitzonderingen behoorde, terwijl de „kystes des bourses" menigvuldiger zouden voorkomen. Ook de naam door Fleury aan de aandoening gegeven, acht Gosselin minder goed gekozen, liever zou hij er met Béraud den naam van „hématocèle parietale" aan willen geven. Dat Gosselin niet onmiddellijk met Fleury kon instemmen, toen deze laatste zijn mededeeling als een „kyste des bourses" voorstelde, kan ons niet verwonderen, wanneer we in aanmerking nemen, dat Gosselin zelf zich in deze zaak wel eens vergist had. In zijn „Recherches sur l'épaississement etc." [1]) deelt hij een geval mede, waarbij hij meende met een „hydrocèle enkystée du cordon" te doen te hebben, waar werkelijk slechts een „vaginalite pseudo-membraneuse" bestond. Om te toonen hoe gemakkelijk een dergelijke vergissing kan begaan worden, laten we hier het door Gosselin medegedeelde geval volgen:

1) l. c. pg. 392.

Aug. 1846. Een 68jarige, krachtige man heeft sedert zijn jeugd een kleine zwelling van de linker scrotaalhelft gehad. In de laatste twee jaar is deze zwelling langzamerhand toegenomen. Hevige stekende pijnen. 't Gezwel is meer dan vuist-groot, onregelmatig van oppervlak. Huidvenen sterk gedilateerd. De tumor is zeer zwaar, gespannen, niet transparent. Aan 't onderste gedeelte is een afzonderlijke tumor te voelen, die bij druk 't gevoel van een gedrukten testikel geeft. Fluctuatie onduidelijk. Diagnose: hydrocele van den funiculus met verdikte wanden.

Punctie; eenige onzen chocolade-kleurige dikke vloeistof ontlasten zich. 't Gezwel bereikte spoedig weer dezelfde grootte, terwijl de pijn eveneens bleef bestaan. 2de Punctie, waarbij een roode sero-purulente vloeistof afvloeit. Pat. febriciteert. De tumor is spoedig weer als te voren. Incisie 7 c.M. lang. De wand van den zak is zeer dik, een stinkende bloederige etter ontlast zich. De koorts nam toe en na een paar dagen stierf patiënt onder pyämische verschijnselen. De sectie toonde, dat de geheele tunica vaginalis propria met een 3 m.M. dikke, gemakkelijk loslatende pseudo-membraan bedekt was; de een weinig afgeplatte testikel lag onder aan den tumor, de funiculus spermaticus was gezond.

In 't volgend jaar 1863 deelde Rozan [1]) een geval mede van haematocele funiculi gecombineerd met hydrocele vaginalis.

P. 57 j. oud heeft sedert $1^1/_2$ jaar een scrotaaltumor gekregen, die zonder bekende oorzaak is ontstaan en langzamerhand van beneden naar boven in omvang is toegenomen.

Linkszijdige groote scrotaaltumor, kegelvormig, beneden zeer breed. De tumor is hard, elastisch, glad zonder oneffenheden, niet fluctueerend, irreponibel, niet pijnlijk. Huid niet verkleurd. Het beneden-voorste gedeelte is goed doorschijnend, aan de achterzijde en meer naar boven absoluut ondoorschijnend, waar volgens 't zeggen van den patiënt de testikel gelegen is. — Punctie van de hydrocele (vóór-beneden), waarbij zich ongeveer 2 glazen helder sereus vocht ontlast. De tumor is tot

1) Rozan. Gaz. des hôp. N°. 29. 1863.

op ongeveer de helft van zijn volumen gereduceerd. De testikel ligt nu geheel vrij en kan gemakkelijk heen en weer worden bewogen. Jood-injectie in 't cavum vaginale. Aan de achterzijde wordt door den resteerenden tumor met een naald een seton gelegd om de resorptie van de vloeistof te bevorderen. Na vier dagen sterke zwelling van het scrotum, rood, warm enz. Wegneming van den seton. Na 10 dagen was de omvang van het scrotum nog niet veel verminderd, maar vertrok pat. op zijn verzoek. Na 3 maanden keerde hij terug. Tumor even groot als bij de eerste opname, maar harder, consistenter, zwaarder, minder elastisch, volkomen ondoorschijnend maar niet pijnlijk. De testikel is aan de voorzijde afzonderlijk te voelen en te bewegen. Punctie. Ongeveer 2 glazen rood-bruin vloeibaar vocht, zonder eenige stolsels ontlastte zich. De tumor was nu geheel verdwenen. Jood-injectie. Na 6 dagen vertrok patient weder en herstelde verder volkomen.

Rozan vraagt zich af, hoe deze beide geisoleerde vochtuitstortingen ontstaan zijn. Zou er primitief een hydrocele zijn geweest, die geleid zou hebben tot verscheuring van de tunica vaginalis propria met bloeduitstorting tusschen de tunica propria en communis, of wèl zou er door een niet opgemerkt trauma, door een krachtsinspanning of door 't tiraillement van de zware hydrocele een bloeduitstorting hebben plaats gehad tusschen de beide tunicae, die later in omvang zou zijn toegenomen? — 't Antwoord op deze vragen moet hij echter schuldig blijven.

In de in 1866 verschijnende 3e editie van Curling's „Practical treatise on the diseases of the testis," geeft Curling een beschrijving van vier haematocelen intervaginales [1]). Twee hiervan zijn beschrijvingen van praeparaten in 't pathologisch museum St. Bartholomäus en in 't Hunter'sche museum aanwezig. Het eerste praeparaat is een ledige kyste,

1) Volgens Kocher. Tot mijn spijt heb ik het werk van Curling niet kunnen machtig worden.

die naar men zegt met bloed gevuld is geweest; de wand der kyste is sterk geimpregneerd met gedeeltelijk ontlede bloedkleurstof. De binnenwand is oneffen en als met groote granulaties bedekt. De omliggende membranen zijn verdikt en onderling sterk vergroeid. Het Hunter'sche praeparaat bestaat uit een goed gevormde cyste, waarvan de binnenwand minder oneffen is. De cyste is gevuld met een weeke massa, chocolade-kleurig, gelijkende op een veranderd bloedcoagulum, zooals men dat bij een praeparaat van haematocele vaginalis, dat lang in alcohol is bewaard, ziet. Het omringende weefsel is hard en verdikt. Een breukzak ligt onmiddellijk boven de kyste, beneden is er een hydrocele. De kyste der haematocele communiceert noch met 't cavum vaginale, noch met den breukzak. De gevallen, die ons tot hier toe van Engelsche zijde waren bekend geworden, zijn slechts zeer gering in aantal geweest. Behalve 't geval van Bowman [1]) heeft White twee gevallen van groote haematocelen bij oude mannen medegedeeld. Nadat ze 20 jaar bestaan hadden en tot aan de knie reikten, trad suppuratie op, en in beide gevallen werd de extirpatie met succes volbracht. Een dezer moet als een haematocele funiculi spermatici worden opgevat. De beschrijving er van is echter zeer onvolledig [2]). De belangstellng die de haematocelen in Frankrijk hadden ondervonden, schijnt dan ook in Engeland na Bell veel geringer te zijn geworden. Ik meen dit ook te mogen opmaken uit het feit, dat Asley Cooper in zijn bekend werk „Observations on the structure and diseases of the testis" de bloeduitstortingen, die buiten de tunica vaginalis voorkomen, met stilzwijgen voorbijgaat. En toch zegt hij in den aanhef van „Chapter VIII" [3]) in zijn werk niet

1) Zie pg. 14.

2) Schmidt's Jahrbücher. Bd. 75. No. 1.

3) l. c. pg. 242.

alleen de ziekten van den testikel en epididymis te zullen behandelen, maar ook „the complaints to which the membranes and vessels of the testicle were subjected," omdat 't overbodig zou zijn hierover een tweede boek te schrijven „as the affections of the membranes will occupy but few pages." Wel maakt hij dan ook melding van haematocele vaginalis (vooral na hydrocele) en evenzoo van hydrocele funiculi en van met serum gevulde cysten van den funiculus, maar nergens vinden wij iets van haematocele funiculi. En wanneer we nu in aanmerking nemen, dat de 2e editie in 1841 het licht zag, dan mag het ons wel verwonderen, dat Cooper van dezen vorm van haematocele met geen enkel woord melding maakt. De stilzwijgendheid van Cooper over dit onderwerp is des te vreemder, wanneer we zien, dat hij zelf een geval van haematocele mededeelt, dat waarschijnlijk niet, zooals Cooper doet, als een haematocele vaginalis moet worden beschouwd, maar als een geval van haematocele funiculi [1]). Bowman heeft 't eerst op dit geval de aandacht gevestigd en als zijn meening uitgesproken, dat het niet moest worden beschouwd als een haematocele vaginalis.

M. V. heeft een kegelvormige scrotaaltumor, ter grootte van twee vuisten. De tumor had 17 jaar bestaan, was nooit pijnlijk geweest, alleen de grootte was hinderlijk. Als oorzaak wordt een stoot tegen den knop van een zadel aangegeven. Testis en epididymis konden aan de onderzijde van den tumor worden betast; boven den testikel tot aan de liesopening werd een vaste massa met vloeistof gevuld gevoeld. Tumor is niet doorschijnend. Incisie. Koffiekleurig vloeibaar bloed en eenige bruine gele fibreuze massa's worden verwijderd. De tunica vaginalis (?) is zeer verdikt. Denzelfden dag haemorrhagie uit de wond, den volgenden dag koorts en suppuratie. Na 6 weken is patiënt volkomen hersteld.

1) l. c. pg. 295.

In 1866 verscheen een proefschrift over „hématocèle funiculaire" van de hand van Barbe [1]). Bij dezen schrijver vinden wij het volgende geval vermeld, in 1863 door Dr. Fresne waargenomen [2]).

N. 45 j. oud, lijdende aan phthisis, heeft volgens zijn zeggen, sedert 21 jaar een breuk (?), waarvan hij echter nooit last heeft gehad. Bij een twist had een zijner vrienden hem met alle kracht in 't scrotum geknepen. 15 dagen daarna bemerkte hij voor 't eerst, dat er in de rechter liesstreek een gezwel bestond. Bij de autopsie werd 't volgende gevonden: Boven den rechter testikel is een harde eivormige tumor, die tot aan de uitwendige opening van het lieskanaal reikt. Een horizontaal verloopende sleuf scheidt den tumor van den testikel, welk laatste orgaan afzonderlijk kan worden heen en weer bewogen. Bij incisie van den wand van den tumor, waarmede alle bekleedende deelen van het scrotum (uitgezonderd de huid) innig samenhangen, ontlast zich een chocolade-kleurige bloederige inhoud, waarin zich wit-gele stremsels bevinden, die gedeeltelijk ook innig met den binnenwand der cyste samenhangen. Het vas deferens verloopt aan de achterzijde van den tumor en is ook innig met den cystewand vergroeid. De testikel, hoewel wat kleiner dan de linker, is gezond.

In 't volgende jaar 1867 deelde Gosselin een tweede geval mede van „hematocèle enkystée du cordon spermatique ou funiculaire" [3]).

N. oud 28 j. heeft een dubbelzijdige scrotaaltumor. Links is de testikel duidelijk te isoleeren, de tumor is daar appelgroot, rond, gespannen, fluctueerende en doorschijnend. Diagnose: „hydrocèle enkystée du cordon." De rechter tumor is omvangrijker, ook hier is de testikel beneden duidelijk te isoleeren van den tumor. Deze is meer consistent, niet doorschijnend; fluctuatie is als door een dikken wand te voelen. Op 11-jarigen leeftijd zijn de tumoren ontstaan, zonder

---

1) Barbe. Thèse de Paris 1866.

2) l. c. pg. 9.

3) Gaz. des Hôp. No. 17. 1867.

bekende oorzaak en zijn sedert dien tijd langzaam toegenomen. Ze zijn nooit pijnlijk geweest, maar alleen lastig door hun zwaarte en volumen. Links: punctie, helder geel vocht stroomt af. Joodinjectie. Genezing. Rechts is waarschijnlijk eerst een hydrocele funiculi geweest, die overgegaan is in haematocele. Punctie, een weinig chocolade-kleurig dik vocht loopt af, waarop de canule verstopt was. Hierop volgde ontsteking en suppuratie. Ongeveer een maand later ontstond een opening, waaruit zich een groote hoeveelheid stinkende bloederige etter ontlastte. Incisie, waarbij nog meer etter te voorschijn kwam; vervolgens werd van den binnenwand van den zak een pseudo-membraan met de vingers en 't pincet losgepraepareerd. „Il parvint ainsi à détacher par lambeaux sur toute la surface du kyste, une membrane dense, purement fibreuse cependant, offrant à la surface interne les rugosités et les alvéoles que présentent habituellement les néo-membranes de la séreuse elle-même. Après cette décortication, il est resté une paroi exclusivement formée par de la substance conjonctive souple, et qui a paru susceptible de subir assez vite et facilement les métamorphoses de l' inflammation suppurative et des granulations cicatricielles." Er volgde een diffuse phlegmone van het scrotum en, nadat deze tot driemaal toe was geincideerd kwam er ten slotte genezing tot stand, zoodat patiënt na ongeveer twee maanden hersteld kon worden ontslagen.

Ook hier, evenals bij de haematocele vaginalis pastte Gosselin de, door hem uitgedachte, decorticatie-methode toe. Nog nooit was hij in de gelegenheid geweest om te onderzoeken of bij een haematocele funiculi eenzelfde pseudo-membraan werd gevonden als door hem in 1851 beschreven was voor de vaginale haematocele. Slechts eens had hij op 't cadaver deze aandoening gevonden, zonder dat 't hem gelukte hier 't bestaan eener pseudo-membraan aantetoonen. In vivo was hem deze vorm van haematocele na dien tijd nooit voorgekomen. Curling en anderen die dezen vorm beschreven hadden, hadden niet van 't bestaan van een pseudo-membraan melding gemaakt.

De gevallen van Fleury werden in 1869 door Boullet in een proefschrift nogmaals beschreven. Eindelijk werd in 1875 door Borlée onder den titel van „Note sur un cas d'hématocèle encystée et ancienne du cordon spermatique" [1]) nog een geval medegedeeld:

Bij een krachtsinspanning was een diffuus haematoma funiculi (rechts) ontstaan. Na punctie bleef een eigroote tumor achter. 13 Jaar later ontstond opnieuw bloeding in 't gezwel onder dezelfde symptomen van hevige pijn in de lendenen en de lies, met plotselinge voluumstoename van den tumor. De oorzaak was weder een krachtsinspanning. B. beproefde de invloed van resorbentia, maar daar de tumor en de pijn 't zelfde bleven, werd overgegaan tot excisie van de haematocele met den daaronder liggenden testikel. Patiënt stierf aan pyämie. De anatomische onderzoeking van het praeparaat toonde een cyste met dikke harde wanden. Testikel en vas deferens waren normaal.

Ten slotte is ook nog door Poinsot [2]) in 1879 een geval van haematocele funiculi gepubliceerd.

Zooals we dus hierboven gezien hebben is de literatuur over ons onderwerp in hoofdzaak beperkt gebleven tot de mededeeling van enkele waargenomen gevallen. In 't kort hebben wij ook getracht mede te deelen, wat door de voornaamste schrijvers over deze haematocele is gezegd, en hebben de meeningen van mannen als Percival Pott, Boyer, Velpeau, Astley Cooper, Curling enz. weergegeven. Nog enkele schrijvers willen wij hieraan toevoegen.

In de „Traité de Pathologie externe et de médecine operatoire," van Vidal (de Cassis) (1851) onderscheidt deze twee vormen van haematocelen [3]) n.l. den intra-vaginalen vorm, als de bloeduitstorting in de tunica vaginalis propria

1) Bull. de l' Acad. Royale de méd. de Belgique. Vol. VIII. No. 13.
2) Bull. de la Soc. de Chir. de Paris. Tome IV. No. 5.
3) l. c. Tome V. pg. 135.

plaats heeft, en den extra-vaginalen vorm als het bloed in 't celweefsel is uitgestort. Van dezen laatsten vorm moeten dan weer twee soorten worden onderscheiden n.l. die „par infiltration" en „par épanchement." De „hématocèle extra-vaginale par infiltration" zou 't meest voorkomen en 't gevolg zijn van traumata. De huid is hierbij verkleurd en, als de bloeduitstorting zeer rijkelijk is geweest, kan de tumor zich uitstrekken op den penis, 't perineum en zelfs op de dijen. De „ hématocèle extra-vaginale par épanchement" ontstaat door grootere traumata of wel door 't verwonden van een bloedvat van den funiculus spermaticus, meestal is ook hier de huid geecchymoseerd. Het uitgestorte bloed wordt geresorbeerd, wekt ontsteking of gangreen op, of wèl het wordt de kiem voor een chronischen tumor, die dan later moet worden ontledigd.

Vidal noemt dus alle bloeduitstortingen buiten de tunica vaginalis propria, extra-vaginaal, zonder hierbij te letten of 't vocht zich bevindt binnen de tunica vaginalis communis of subcutaan.

Evenzoo handelt Bardeleben [1]), ook hij verstaat onder haematocele extravaginalis dien vorm, waar 't bloed in 't losse celweefsel van het scrotum is geinfiltreerd. Als typische kenteekenen geeft Bardeleben evenzoo verkleuring der huid aan, die zich zelfs tot op 't perineum, enz. kan uitstrekken, terwijl ook hier traumata als oorzaak van ontstaan worden aangegeven. De verwarring met haematocele vaginalis is volgens hem niet licht mogelijk want wij lezen: „Ist aber bereits längere Zeit nach der Verletzung verstrichen, so kann man zweifelhaft sein, ob der Bluterguss ausserhalb oder innerhalb der tunica vaginalis sitzt; für Ungeübte

1) Bardeleben. Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre. Bd. IV. pg. 263. Achte Ausgabe 1882.

wäre selbst eine Verwechselung mit anderen Geschwülsten des Samenstranges und des Hodens möglich." Dat Bardeleben iets later haematocele intravaginalis definieert als een bloeduitstorting in de holte der tunica vaginalis communis zal wel als een drukfout moeten worden opgevat; de verwarring zou anders nog grooter worden.

Humphry de schrijver van de „diseases of the male organs" in „Holmes' system of surgery" [1]) onderscheidt: „haematocele of the tunica vaginalis, encysted haematocele of the testis and, haematocele of the spermatic cord." Onder „encysted haematocele" verstaat hij bloedhoudende cysten, die zoowel met den testikel als met den funiculus spermaticus samenhangen. Deze vorm van haematocele komt zelden voor en kan gemakkelijk verward worden met vaste tumoren van den testikel of met hérniën.

Pitha [2]) verstaat onder haematocele een aanzienlijke bloedophooping in de tunica vaginalis propria of in 't celweefsel van het scrotum. En zonder verschil tusschen beide te maken bespreekt hij in 't kort de wijzen, waarop haematocelen kunnen onstaan (hetzij spontaan, hetzij door trauma) en hoe ze behandeld moeten worden.

In lateren tijd heeft Kocher [3]) ons zeker de uitvoerigste en nauwkeurigste verhandeling over de ziekten van het scrotum geleverd.

Zooals we reeds in de Inleiding hebben opgemerkt, geeft Kocher aan een gedeelte der extra-inguinale vormen van perispermatitis chronica haemorrhagica den naam van

---

1) l. c. Vol. V. pg. 102. 1871.

2) Von Pitha. Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane (1864) in Virchow's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie.

3) Kocher. Verletzungen und Krankheiten des Hodens und seiner Hüllen etc. in: v. Pitha u. Billroth. Handbuch der allgemeinen und speciellen Chirurgie. 1871—1875.

„haematocele extravaginalis," terwijl hij bovendien aan bloedcysten tusschen tunica vaginalis propria en communis gelegen denzelfden naam toekent. Hij waarschuwt er echter voor, om verwarring te voorkomen, de sub-dartoïde bloeduitstortingen niet als extravaginaal aan te duiden. Liever gebruikt hij hier de Virchow'sche benaming „haematoma scroti."

Drie nog niet beschreven gevallen deelt Kocher mede, waarvan er één door hemzelf is waargenomen, terwijl de beide andere door Baum in Göttingen zijn geobserveerd. Kocher geeft de volgende beschrijving van zijn waarneming.

Maart 1873. J. N. 31 j. oud, viel voor $2^1/_2$ jaar op zijn knie, terwijl hij aan een gonorrhoe leed. Binnen 8 dagen ontstond onder aanhoudende pijnen, een vrij aanzienlijke zwelling van de rechter scrotaalhelft. Na een paar weken verdween de pijn.

Op 't oogenblik vertoont pat. in de rechter scrotaalhelft een ovalen ruim ganzenei-grooten tumor, die niet pijnlijk is en overal fluctuatie vertoont. De funiculus is boven den tumor normaal. 't Vas deferens is tot in 't onderste gedeelte op de achtervlakte van den tumor duidelijk te vervolgen. Aan de onderste pool van het gezwel voelt men een scherp omschreven week lichaam, dat bij druk gevoelig is, terwijl men aan de peripherie van dit lichaam een harden rand voelt, ter plaatste, waar de wand van den tumor zich naar binnen omslaat om de bovenzijde van den testikel te bedekken. Bij incisie vloeit een zwart-groene vloeistof af, waarna nog eenige coagula worden verwijderd. De wand van den tumor is hard en $\pm$ 2 m.M. dik. De wand van de cyste bedekt de bovenvlakte van den testikel; aan de buitenvlakte is de testikel alléén met de verschuifbare tunica vaginalis propria bedekt. Excisie van den wand. Hechting. Binnen 4 weken is pat. genezen.

Omtrent de gevallen van Baum vinden wij 't volgende vermeld:

O. 46 j. oud. (14 Aug. 1856) heeft sedert 14 jaren een scrotaaltumor, die in de laatste jaren weinig meer is gegroeid. De tumor

was rond, vast, fluctueerende, ganzenei-groot en niet doorschijnend. Aan de onderzijde van het gezwel lag de testikel. Bij punctie ontlastte zich bloed. Bij incisie kwam er een vuil-roode weeke massa voor den dag. Na 8 dagen succombeerde patiënt. Bij de sectie bleek, dat er een etterige infiltratie van het scrotum en verder rondom den funiculus tot aan 't coecum bestond. De cyste behoorde tot den funiculus.

W. L. 45 j. oud werd den 27sten Sept. 1870 op de kliniek van Baum opgenomen; pat. had sedert 17 jaar langzamerhand een zwelling van het scrotum gekregen. Voor 4 jaar was de toen kinderhoofd groote tumor gepuncteerd en er had zich een heldere vloeistof ontlast. Nu is de tumor weer even groot, is rond en niet doorschijnend. De testikel ligt aan de voorzijde van den tumor geheel geïsoleerd en is afzonderlijk te betasten. De testikel is gezond. Bij punctie ontlast zich een licht bruine heldere vloeistof. Na de ontlediging voelt men den funiculus aan de achterzijde van den testikel verloopende.

Roser [1]) spreekt in zijn handboek wel van haematocele vaginalis, maar maakt met geen enkel woord melding van de andere vormen.

Koenig [2]) geeft in 't kort weer wat Kocher over deze aandoening gezegd heeft.

Albert [3]) spreekt van de haematocele funiculi, die ontstaat door afkapseling van een haematoma funiculi, òf wel zich ontwikkelt uit een voorafgegane hydrocele funiculi.

Ten slotte willen wij nog vermelden, dat in het „Centralblatt für Chirurgie" van 8 Maart '84 door Kulenkampff 't volgende geval van Gray is gerefereerd, dat door dezen onder den titel van „Case of combined scrotal and abdominal haematocele" [4]) was medegedeeld.

---

1) Roser. Handbuch der anatomischen Churirgie, 8e Auflage. Tübingen 1883.
2) Koenig. Lehrbuch der speciellen Chirurgie. Berlin, 1881.
3) Albert. Lehrbuch der Chirurgie etc. 2e Auflage. Wien und Leipzig 1882.
4) Lancet 1883, Sept. 22.

N. 36 j. oud, werd in het hospitaal opgenomen voor een sterke zwelling van de rechter scrotaalhelft, en moeielijkheid bij de urineloozing. Reeds was vergeefs beproefd, met een katheter de naar het scheen sterk gevulde blaas te ontledigen. De scrotaalzwelling zou reeds een jaar hebben bestaan, de zwelling van den onderbuik echter slechts een maand. Bij beide zwellingen constateerde G. fluctuatie. Die van het scrotum reikte, als pat. stond, tot aan de knie, die van den onderbuik tot even boven den navel. Deze laatste ligt in hoofdzaak rechts van de linea alba. Oefent men druk uit op den in abdomine gelegen tumor, dan spant zich die van het scrotum sterker aan, zoodat er duidelijk een communicatie tusschen beide moet bestaan. De urineloozing is zeer bemoeilijkt. Door punctie worden 5 pinten vloeibaar bloed ontlast; na inspuiting met een 5 % carboloplossing wordt een ijszak geäppliceerd. Na 4 dagen hadden beide tumoren hun vroegere grootte weder ruimschoots bereikt. Bij percussie gaven zij een tympanitischen toon; uit de punctie-opening kwam een weinig etter te voorschijn. Pat.'s algemeene toestand was zeer slecht. G. kliefde nu den scrotaaltumor over zijn geheele lengte, verwijderde eenige stinkende bloedcoagula en draineerde het in abdomine gelegen gedeelte van den tumor. De doorsneden wand had een dikte van bijna $^1/_2$ cM.; de binnenvlakte vertoonde veel overeenkomst met een maagslijmvlies bij arsenicum-vergiftiging. Door de communicatie-opening kon men gemakkelijk met 4 vingers in den zak, in de buikholte gelegen, komen. Nadat pat. zich een weinig hersteld had werd een groot gedeelte van den scrotaaltumor geëxcideerd, de atrophische testikel weggenomen, en de wond gehecht. Na 2 maanden kon pat. volkomen hersteld ontslagen worden, naar het scheen was het in abdomine gelegen gedeelte van den zak geheel geoblitereerd.

In 't kort hebben wij getracht zoo volledig mogelijk de verschillende meeningen, die er omtrent de haematocelen bestaan hebben, weer te geven en hebben daarbij die werken aangehaald, die naar aanleiding dezer aandoening gepubliceerd zijn. We hebben gezien, dat 't criterium, waarnaar de verschillende bloeduitstortingen moeten worden ver-

deeld, door bijna alle schrijvers verschillend gesteld is, waardoor elke schrijver er dan ook zijn eigen indeeling op heeft na gehouden. 't Natuurlijk gevolg hiervan is geweest, dat er wat de nomenclatuur betreft, een groote verwarring niet is kunnen uitblijven.

Aan de eene zijde staan diegenen, die een verdeeling hebben ingevoerd, waarbij de aetiologie als hoofdmoment moest worden beschouwd. Zij spraken van een haematocele traumatica in tegenoverstelling van een haematocele spontanea.

Aan de andere zijde treffen wij die schrijvers aan, welke een indeeling maakten naar de anatomische plaats, die de haematocele inneemt. Beide verdeelingen hebben dan ook zonder twijfel recht van bestaan.

Wat de eerste betreft, deze indeeling is zoo logisch, dat het ons niet kan verwonderen, dat reeds zeer vroegtijdig, toen de kennis der haematocelen nog zeer gebrekkig was, door John Hunter met nadruk op deze twee verschillende vormen werd gewezen.

Een ieder, die meermalen in de gelegenheid geweest is haematocelen te onderzoeken, zal onmiddellijk moeten toestemmen, dat 't verschil tusschen een z.g. spontaan ontstane haematocele en één die door een trauma gevormd is, zoo groot is, dat er nauwelijks sprake kan zijn van twee vormen van een zelfden ziektetoestand. Aan de eene zijde zien wij een snel tot stand gekomen tumor, door ruw geweld, spierinspanning enz. ontstaan, dikwijls nog zichtbaar in omvang toenemende, veelvuldig met ecchymosen vergezeld, kortom alle kenteekenen dragende, dat we met een bloeding te doen hebben; aan de andere zijde daarentegen heeft er zich langzamerhand een tumor gevormd, zonder dat patient zelfs met zekerheid kan aangeven, wannéér de tumor begonnen is zich te ontwikkelen, zonder eenig belangrijk trauma ontstaan en niet ge-

paard gaande met eenige verandering der bedekkende huid. Dat er overgangsvormen bekend zijn, dat er gevallen zijn waarbij in latere stadiën de traumatisch gevormde alle eigenschappen der spontaan ontstane haematocelen aannemen, pleit volstrekt niet tegen de indeeling zelve, integendeel het is een bewijs te meer voor het recht, dat men heeft deze beide ziektetoestanden, hoe verschillend ook in de typische gevallen, wat betreft aetiologie, symptomatologie enz., als onderafdeelingen van éénzelfde hoofdrubriek te beschouwen. Toch meenen wij, dat in meer dan één opzicht aan deze indeeling gebreken zijn verbonden.

In de eerste plaats moet als een groot gebrek worden beschouwd 't feit, dat bij deze indeeling de anatomische plaats der bloeduitstorting geheel en al buiten rekening wordt gelaten, terwijl dit toch van zeer grooten invloed is niet alleen op de uitbreiding van de bloeduitstorting maar ook op de symptomatologie, 't verloop, de behandeling en zelfs op de prognose der aandoening. Dit gebrek wordt echter gecompenseerd door de omstandigheid, dat ten tijde dat de bovengenoemde indeeling werd gemaakt, er meestal slechts sprake was van haematocele intravaginalis, en speciaal met het oog op deze aandoening is de traumatische vorm van de spontane gescheiden. De gevallen van haematocelen buiten de tunica vaginalis gelegen, voor zoover destijds bekend, werden alle beschouwd als door een trauma te zijn ontstaan.

Een ander gebrek geldt de bepaling „traumatica" en „spontanea" zelve.

Bepalen wij ons b.v. tot de haematocele vaginalis, dan zullen wij de nadere bepaling „traumatica" moeten gebruiken, 1°. bij al die bloeduitstortingen die tot stand zijn gekomen door bloeding uit een vat, hetzij dat de ruptuur van dit vat door directe verwonding, hetzij door spierin-

spanning enz. is ontstaan, en 2°. dáár waar de ontsteking der tunica vaginalis propria een haemorrhagisch karakter heeft gekregen, hetgeen we aan de inwerking van een voorafgegaan trauma toeschrijven. Of de ontsteking een meer acuut of een meer chronisch karakter vertoont, is bij deze nomenclatuur onverschillig. De haematocele zullen wij een „spontanea" noemen, indien de ontsteking der tunica vaginalis propria een haemorrhagisch karakter heeft gekregen, zonder dat wij weten, waarvan dit als een gevolg moet worden beschouwd. Wel wordt door sommige schrijvers aan algemeene constitutioneele stoornissen een aetiologische invloed op 't ontstaan van haematocele spontanea toegeschreven, maar deze opgaven zijn over 't algemeen zeer vaag en niet met voldoende redenen omkleed. Zoo zegt o.a. Astley Cooper [1]), dat ziekten van de lever er aanleiding toe kunnen geven, zonder echter eenigen grond voor deze meening aan te geven.

Abstraheeren we nu eens een oogenblik van de sub. 1 opgenoemde gevallen van haematocele vaginalis traumatica, die met meer recht ook als haematoma intravaginale zijn beschreven, dan zien we, dat het verschil tusschen de haematocele traumatica en spontanea slechts daarin bestaat, dat we in 't eerste geval meenen, dat de haemorrhagische ontsteking door de inwerking van een trauma is ontstaan, terwijl in 't tweede geval voor ditzelfde proces geen aetiologisch moment bekend is. De uitdrukking „haematocele spontanea" is dus eigenlijk synoniem met „haematocele zonder bekende oorzaak ontstaan." En hoewel het nu zeer prijzenswaardig is alles, wat wij niet weten, samen te brengen en te stellen tegenover dat, wat wij wèl weten, opdat onze kennis niet zoude worden overschat, meenen wij toch

1) l. c. pag. 298.

dat het gevaarlijk is onze onkunde achter een schoon klinkenden naam te verbergen. Allicht toch maken wij ons zelf daardoor wijs, dat er achter zulk een naam een diepe beteekenis schuilt, en stellen wij ons volkomen tevreden indien wij een ziektetoestand er mede bestempelen. Beter achten wij het dan ook deze indeeling te laten varen.

Van iets vroegere dagteekening is de anatomische indeeling. We hebben gezien, dat Pott in 1767 een indeeling maakte, die gedeeltelijk op anatomische gronden berustte. Reeds vroeger in 1723 had Fabricius ab Aquapendente [1]) er opmerkzaam op gemaakt bij scrotaaltumoren er op te letten of deze van den testikel of wel van de omhulselen van den testikel uitgingen en hiernaar bij de operatie te handelen. „Notandum est in hac operatione, num caro concreverit circa tunicas, an circa ipsos testes, numque firmiter, vel minus firme adhaerent partes substantiae. Hoc animadverso, incidendum est totum scrotum usque ad carnem concretam: quae, siquidem valenter haud sit affixa, vel summis digitis, vel manubriolo scalpelli a teste, vel tunicis sensim solvenda est, et auferenda."

Zooals we gezien hebben verdeelde Pott de haematocelen in vier groepen, Richter in drie, Béraud, Jamain, Barbe etc. wederom in vier. De indeeling dezer laatste drie schrijvers, hoewel onderling eenigszins in naam verschillende, stemt in hoofdzaak volkomen overeen. Ze onderscheiden:

A. Haematocele v. d. testikel en van den funiculus:
   1°. H. testicularis, 2°. H. funicularis;
B. Haematocele van de omhullende deelen:
   1°. H. vaginalis, 2°. H. parietalis (des couches sous-tégumentaires extérieures à la tunique vaginale);

---

1) Fabricius ab Aquapendente. Opera Chirurgica. Leyde, 1723. Liv. 1, Caput XXIX.

terwijl ten slotte de H. funic. en de pariet. nog verdeeld werden in die „par infiltration" en „par épanchement."

In tegenstelling van de H. vaginalis werden ook alle bloeduitstortingen buiten de tunica vaginalis propria gelegen (behalve de H. testicularis) wel eens H. extravaginalis genoemd. Zoo is o. a. bij Jamain herhaaldelijk sprake van „hématocèle extra-vaginale" en worden hier mede steeds die vormen bedoeld, die buiten de tunica propria zijn gelegen, dus zoowel de H. funicularis als de parietalis.

In plaats van „hématocèle funiculaire par épanchement" is door verschillende waarnemers de naam van „hématocèle encystée du cordon" of „kyste des bourses" (Fleury.) gebruikt.

In hoofdzaak is deze nomenclatuur tot op heden de meest gebruikelijke gebleven. In plaats van van een haematocele parietalis is het meer gebruikelijk van een haematoma scroti te spreken. In welke laag de bloeduitstorting gelegen is, hetzij tusschen de huid en de dartos, of tusschen dartos en cremaster of tusschen cremaster en tunica vaginalis communis wordt door deze benaming niet aangegeven. Dit is echter ook van minder beteekenis voor de juiste kennis der aandoening. In 't algemeen kan men aannemen, dat de zitplaats van het bloed meestal tusschen tunica dartos en cremaster externus zal wezen, omdat deze beide lagen door zeer los celweefsel zijn verbonden, daarentegen de huid en de dartos aan de eene zijde, en de cremaster externus en tunica vaginalis communis aan de andere, zeer innig met elkaar verbonden zijn.

Wat de haematocele testicularis s. parenchymatosa betreft, van deze aandoening zijn slechts twee nauwkeurig beschreven gevallen bekend, die beide na de inwerking van een trauma ontstaan zijn. Het eerste geval is waar-

genomen door J. L. Petit, het tweede door Giraldès en door Béraud [1]) medegedeeld. De waarnemingen van Pott, Richter, Bell enz. hebben hoogst waarschijnlijk betrekking op bloeduitstortingen in 't parenchym van een nieuwvorming van den testikel. Wel zijn onder den invloed van traumata versche bloeduitstortingen onder de tunica albuginea geconstateerd, beter is het echter voor dergelijke gevallen, den naam van „haematocele parenchymatosa" niet te gebruiken.

Dat er in den tegenwoordigen tijd verwarring bestaat omtrent de beteekenis van het woord „haematocele extravaginalis" is niet te verwonderen, nu we hebben nagegaan, hoe deze benaming nu eens bij den éénen dan weer bij den anderen toestand gebruikt is. Wenschelijk zou het daarom zijn, indien we de geheele benaming konden laten varen, om voortaan alleen te spreken van een haematocele funiculi of wel, zooals Kocher wil, van een perispermatitis (acuta of chronica) haemorrhagica. Wanneer we dit echter willen doen, dan blijven ons nog die bloeduitstortingen over, die gelegen zijn tusschen de tunica vaginalis propria en communis aan de onderzijde van den testikel, waarbij natuurlijk van geen perispermatitis kan sprake zijn en evenmin van een haematocele funiculi. We kunnen dus een collectieve naam voor alle bloeduitstortingen gelegen tusschen tunica vaginalis propria en communis niet missen. De meest logische benaming zal wel die van „haematocele intervaginalis" wezen; hoewel misschien de taalkundige juistheid van het woord „intervaginalis" wel iets te wenschen overlaat, zal het in analogie met andere op dezelfde wijze gevormde woorden niet geheel onbruikbaar zijn.

---

1) Arch. gén. de méd. Série IV. Tome 24.

Daar wij het goed recht van hen, die *alle* haematocelen buiten de tunica vaginalis propria gelegen, met den naam van „haematocele extravaginalis" bestempelen, volkomen erkennen, hebben wij van dit woord geen gebruik gemaakt, om de bloeduitstortingen tusschen tunica vaginalis propria en communis aan te duiden, maar daarvoor het woord „intervaginalis" gebezigd.

TWEEDE HOOFDSTUK.

Een geval van haematocele intervaginalis gecombineerd met hydrocele intravaginalis, spermatocele en een ledigen breukzak.

P. S. oud 63 jaar, van beroep schippersknecht, wonende te Middelharnis, verzocht den 15en Aug. '83 opname in 't Rijks-Ziekenhuis te Leiden. Pat. was lijdende aan een rechtszijdigen scrotaaltumor, die een zoodanigen omvang bereikt had, dat hij door 't volume en 't gewicht van den tumor belet werd zijn werkzaamheden te verrichten.

Reeds voor 12 jaar had hij bemerkt, dat er een kleine dikte bestond aan de onderzijde van de rechter scrotaalhelft. Het is hem echter niet bekend, waardoor deze dikte ontstaan is. Elf jaar lang bleef de toestand ongeveer dezelfde, de rechter helft van het scrotum bleef wat dikker en volumineuzer dan de linker, maar pat. had hiervan niet den minsten last. Voor een jaar echter is de tumor vrij snel in omvang gaan toenemen, zonder dat pat. daarvoor eenige oorzaak kon aangeven. Langzamerhand werd 't gezwel zoo groot, dat 't volume en de zwaarte er van hem in zijn werkzaamheden hinderden, zoodat pat., nu ongeveer een

maand geleden, zich genoodzaakt zag de hulp van een medicus in te roepen. Deze deed met een troicart een punctie aan de beneden-voorzijde van den tumor. Een vrij groote hoeveelheid stroo-geel helder vocht ontlastte zich. Het gezwel was door deze punctie wel aanzienlijk in omvang afgenomen, maar bleef toch als een meer dan vuist-groote tumor bestaan. De volume-afname was slechts van zeer korten duur; een week na de punctie, bij pat.'s opname in 't Ziekenhuis, was de tumor weer even groot als vroeger. Status Praesens. 15 Aug. '83. Pat., een stevig gebouwd, krachtig individu, is altijd gezond geweest en ziet er, zijn leeftijd in aanmerking genomen, vrij jeugdig uit. 't Scrotum is zeer sterk uitgezet en heeft den omvang van meer dan twee vuisten. Deze voluumstoename wordt veroorzaakt door een tumor, die zich in de rechter helft van het scrotum bevindt. De linker helft is tot een minimum gereduceerd; de raphe is sterk naar links verplaatst. In de linker scrotaalhelft voelt men den linker testikel, normaal van vorm en grootte. De linker funiculus spermaticus is duidelijk te voelen en vertoont geene afwijkingen. De huid, die den tumor bedekt, heeft zijn eigenaardig rimpelachtig voorkomen verloren, is glad en ziet er vrij gespannen uit. De kleur van de huid is normaal, hare temperatuur is niet verhoogd.

De gedaante van den tumor is kegelvormig, beneden is hij 't breedst, terwijl hij in de richting van het lieskanaal smal eindigt. Het gezwel zet zich niet voort in 't lieskanaal, maar eindigt eenige centimeters beneden de uitwendige opening van dit kanaal. De funiculus spermaticus en hare onderdeelen zijn hier duidelijk te betasten; geene afwijkingen kunnen er aan worden waargenomen, alleen is de geheele streng wat verdikt vooral in vergelijking met links. Van uitgezette venae kan niets worden gevoeld. Verder naar

beneden kan de funiculus niet worden vervolgd, hij gaat hier over in de tumor-massa; evenmin is verder iets meer van 't vas deferens waar te nemen.

De tumor heeft een lengte van ± 20 c.M. bij een breedte en dikte van ± 10 c.M. 't Gewicht van het gezwel is vrij aanzienlijk en grooter dan dat van een hydrocele van dezelfde afmetingen. Bij betasting voelt men, dat de huid nergens met den tumor vergroeid is, en zich overal vrij laat verschuiven. De oppervlakte van den tumor is niet volkomen glad en regelmatig, op sommige plaatsen zijn geringe verhevenheden waar te nemen, welke verhevenheden langzaam in de omgeving overgaan. Aan de achterzijde promineert 't middelste gedeelte een weinig. Aan de vóór- en binnenzijde is tusschen 't onderste en middelste derde gedeelte een flauwe aanduiding van een sleuf te zien, waardoor dit onderste derde gedeelte van 't overige van den tumor zou gescheiden worden. Het geheele gezwel voelt hard en min of meer elastisch aan, doch op de eene plaats harder en meer resistent dan op de andere. Vooral 't middelste achterste gedeelte van den tumor voelt zeer hard en resistent aan. Het benedenste derde gedeelte is aan de voor- en binnenzijde minder hard en zeer elastisch, terwijl ook hier duidelijk fluctuatie is waar te nemen. Aan 't overige gedeelte van den tumor is nergens met zekerheid fluctuatie te voelen, op enkele plaatsen is het eenigszins twijfelachtig. Bij betasting is het gezwel evenmin pijnlijk als spontaan. Alleen als pat. veel loopt en staat, klaagt hij over trekkende pijn langs den funiculus spermaticus, welke pijn tot in de lendenen uitstraalt.

Bij percussie is over den geheelen tumor een absoluut doffe toon te hooren. 't Onderste derde gedeelte is aan de vóór- en binnenzijde doorschijnend, overigens is het gezwel niet doorschijnend.

Van den testikel is nergens iets te voelen, wel imponeert de verhevenheid in 't middelste achterste gedeelte voor een vergrooten testikel, maar bij diepere betasting accuseert pat. niet die pijn, die gewoonlijk door de patienten wordt gevoeld, als men op dit orgaan drukt. Waar men den tumor ook betast, nergens wordt door pat. deze eigenaardige pijn geaccuseerd.

Pat. heeft geen herniae.

Urine reageert zuur, bevat geen albumen.

Voor 't overige is pat. volkomen gezond.

Verloop en behandeling.

Uit den status praesens bleek ten duidelijkste, dat er in 't onderste derde gedeelte van den tumor een hydrocele bestond, zonder dat vooralsnog kon worden uitgemaakt hoe deze hydrocele zich ten opzichte van 't overige gedeelte van den tumor verhield. Ten einde hieromtrent een beter inzicht te verkrijgen, was het wenschelijk het hydrocele vocht te ontledigen. Nadat wij ons vooraf door aspiratie met een Pravaz-spuitje overtuigd hadden werkelijk met een hydrocele te doen te hebben, ontledigden wij den 29sten Augustus met een troicart een hoeveelheid van ongeveer 60 gr. volkomen helder stroo-geel vocht, volkomen op hydrocele-vocht gelijkende; geen spermatozoën werden in de vloeistof gevonden. De tumor was na de punctie slechts zeer weinig in grootte afgenomen. Omtrent de verhouding, die het gezwel innam ten opzichte van den testikel kon nu nog geen meerder licht worden verkregen, doordat de ligging van den testikel niet kon worden bepaald. De tumor voelde even hard als te voren, alleen het doorschijnende benedenste derde gedeelte aan de voor- en binnenzijde was verdwenen.

Ongeveer 36 uur na de punctie begon pat. plotseling te

febriciteeren, beginnende met koude rillingen en een snelle stijging der temperatuur van 37.6 tot 39°.

Den volgenden dag, 1 Sept. was 't scrotum vrij sterk gezwollen, de huid was rood gekleurd en hare temperatuur verhoogd, terwijl tevens de scrotaalhuid een weinig oedemateus was geïnfiltreerd. Daarbij was 't scrotum pijnlijk bij aanraking en bleef pat. febriciteeren. Aan een verwonding van den testikel kan moeielijk worden gedacht, daar bij de punctie geen druppel bloed door de troicart was afgevloeid. Waarschijnlijk hadden we dus met een acute exacerbatie der ontsteking van de tunica vaginalis propria te doen; kort daarop was deze dan ook weer met een zelfde hoeveelheid doorschijnende vloeistof gevuld als vóór de punctie. De zwelling en roodheid van het scrotum namen onder applicatie van ijs, spoedig af en de toestand van den scrotaaltumor was weder volkomen dezelfde als te voren. Pat. bleef nog eenige dagen een weinig febriciteeren.

Nadat de toestand van pat. tot den 25sten Sept. onveranderd dezelfde gebleven was, werd besloten den tumor met 't mes bloot te leggen, ten einde vervolgens naar omstandigheden te kunnen handelen.

Met groote waarschijnlijkheid kon de diagnose, behalve op de bekende hydrocele gesteld worden op een buiten de tunica vaginalis propria liggende haematocele. Met des te meer zekerheid kon de diagnose aldus worden gesteld, omdat sedert pat.'s opname zoowel aan de vóór- als achterzijde van den tumor een onduidelijke fluctuatie was waar te nemen. Intusschen mocht de mogelijkheid van een bestaanden malignen tumor testiculi (cysto-sarcoma) niet worden uitgesloten, hoewel de anamnestische gegevens niet ten gunste dezer laatste opvatting pleitten. Na zorgvuldige desinfectie van het operatieveld en zijne omgeving werd over den tumor een overlangsche incisie gemaakt, beginnende

dicht onder de uitwendige opening van het lieskanaal en eindigende aan 't laagst gelegen punt van den scrotaalzak. Deze incisie wordt niet nauwkeurig aan de voorzijde van het gezwel gemaakt, maar een weinig meer naar buiten, ten einde daardoor gemakkelijker het later te appliceeren Lister'sche verband goed sluitend te kunnen aanleggen, hetgeen wel eens bezwaren oplevert, indien de incisie te veel in de nabijheid van den wortel van den penis wordt gemaakt. Laagsgewijze worden vervolgens de weeke deelen in dezelfde uitgestrektheid gekliefd. De tunica vaginalis communis is vast vergroeid met de oppervlakte van den tumor. Nadat ook deze is gekliefd, wordt met 't bistouri een punctie gemaakt in den tumor, waarbij een stroom rood-bruin gekleurde vloeistof te voorschijn komt. De punctie-opening wordt nu naar boven en beneden gedilateerd en zoodoende de cyste over zijn geheele lengte geopend. Een groote hoeveelheid dierzelfde rood-bruine vloeistof vloeit uit de holte der cyste, waarin verder geen coagula aanwezig zijn. De wand der cyste is op de plaats der incisie ± 8 m.M. dik, is zeer vast van consistentie, zoodat de wanden na 't ontledigen van den inhoud niet de minste neiging vertoonen om samen te vallen. De binnenwand is met een fibrineus beslag bedekt, voor een gedeelte sterk met bloedkleurstof gedrenkt; dit fibrinbeslag laat zich gemakkelijk in kleine stukjes van den binnenwand der cyste losmaken. De binnenwand is niet volkomen glad en effen, maar vertoont hier en daar oneffenheden; vooral in het onderste gedeelte is een vrij sterk naar binnen prominneerende plaats. De lager gelegen hydrocele wordt nu eveneens geincideerd en wederom komt een niet groote hoeveelheid helder stroo-geel vocht te voorschijn. Na volkomen klieving van de tunica vaginalis propria ziet men den testikel aan de achterzijde gedeeltelijk in den wand

der haematocele ingesloten en daarmede innig vergroeid. In de gegeven omstandigheden was het niet mogelijk den geheelen cystewand uit te praepareeren zonder daarbij den testikel of epididymis of den funiculus spermaticus te verwonden. Daarom wordt besloten deze organen met den geheelen tumor te gelijk weg te nemen, eene handelwijze die pat.'s leeftijd in aanmerking nemende ook niet in 't minst gecontraindiceerd mocht genoemd worden. De geheele tumor wordt met de tunica vaginalis communis van 't omliggende weefsel losgepraepareerd, totdat hij nog slechts met den funiculus spermaticus in samenhang bleef. Nadat deze met een balkentang is gefixeerd, wordt hij dicht onder de uitwendige opening van het lieskanaal afgesneden. De vaten worden ieder afzonderlijk onderbonden en na ons overtuigd te hebben, dat er geen bloedende vaten meer aanwezig zijn, wordt de funiculus losgelaten. Na irrigatie der wondholte met een 5 % carbol-oplossing worden de huidranden gehecht en de holte gedraineerd door middel van twee elastieke drains, waarvan de eene in den ondersten wondhoek wordt bevestigd, terwijl de tweede kortere drain in 't bovenste gedeelte van de wond wordt gefixeerd, tegenover de opening van het lieskanaal.

Lister's verband.

26 Sept. Daar pat. 't verband bij 't urineeren een weinig vuil heeft gemaakt, wordt dit afgenomen en een nieuw aangelegd. In 't oude verband is vrij veel bloed. De wond ziet er volkomen rustig uit.

Pat. gevoelt zich volmaakt gezond, hoogste temperatuur 37,2° C.

5 Oct. Pat is volkomen apyretisch gebleven, alleen op den 2en dag na de operatie heeft hij een temperatuursverheffing tot 38° gehad. Op den vierden dag na de operatie is 't verband nog eens moeten verwisseld worden.

Verband afgenomen, in 't verband vrij veel wondsecreet aanwezig. Alle hechtingen weggenomen; reunio per primam; alleen over een uitgestrektheid van een paar centimeters is er een oppervlakkig gangreen der wondranden ontstaan.

Drains verkort. Lister's verband.

9 Oct. Verband afgenomen, weinig wondsecreet in 't verband. Drains weggelaten. Pat. kan nu weder opstaan, terwijl de wond bedekt wordt met een stukje jodoformgaas en 't scrotum door 't dragen van een suspensoir wordt gesteund.

19 Oct. Sedert een week zijn de openingen waarin de drains gelegen hebben, volkomen gesloten. Pat. is gezond en kan weer even goed loopen als vóór 't begin zijner ziekte. Hij wordt uit de behandeling ontslagen.

Beschrijving van den tumor.

De geheele tumor is bekleed met de tunica vaginalis communis. De tumor is eivormig, zijn grootste lengte bedraagt 15 c.M., de grootste breedte 9 c.M. De oppervlakte is niet volkomen regelmatig maar vertoont hier en daar knobbelachtige verhevenheden beantwoordende aan plaatsen waar de wand een grootere dikte bezit. Aan de buitenachter zijde is de tumor een weinig afgeplat.

De funiculus spermaticus, die aan de bovenzijde is afgesneden, gaat onmiddellijk in den wand van den tumor over, zoodat hij niet verder kan worden vervolgd. Evenmin is bij betasting van den wand iets te voelen van het verloop van het vas deferens. Tegelijk met 't afsnijden van den funiculus is 't onderste uiteinde van een ledigen breukzak eveneens afgesneden. De binnenwand van dezen zak is met een sereuze membraan (peritoneum) bekleed en ligt

in talrijke plooien samengevouwen. De geheele zak is innig vergroeid met de oppervlakte van den tumor, zoodat ze als het ware een instulping in den wand van het gezwel vormt. — Op de grens van het onderste en middelste derde gedeelte van den tumor verloopt aan de voorzijde een sleuf in de richting van rechts naar links over een lengte van 7 c.M. Deze sleuf beantwoordt aan de bovengrens der hydrocele. Beneden de sleuf is de wand der cyste vrij dun en samengevallen, boven de sleuf is de wand dik, hard, resistent en vertoont niet de minste neiging om samen te vallen. Wanneer men den tumor volgens zijn lengteas aan de buitenzijde van boven tot beneden klieft, opent men de holte der haematocele, over zijn geheele lengte. Deze holte strekt zich uit van den bovenrand van den tumor tot aan 't laagst gelegen punt van het gezwel, derhalve over de geheele lengte van den tumor. Op de grens van 't onderste en middelste derde gedeelte verloopt echter bijna loodrecht op de lengteas een promineerende lijst, waardoor de holte als het ware in twee deelen verdeeld wordt, het bovenste grootste gedeelte is diep, het benedenste kleinste gedeelte slechts weinig diep. De splitsing in deze twee deelen is echter volstrekt niet volkomen, integendeel de slechts weinig promineerende lijst is alleen een flauwe aanduiding eener splitsing; de twee deelen vormen te samen één holte. De wand der cyste is niet overal even dik. Hij vertoont op doorsnede duidelijk een concentrischen bouw. Zijn dikte wisselt af van 4 m.M.—11 m.M. 't Dikst is de wand aan het benedenste gedeelte van den tumor, waar ze 11 m.M. bedraagt, en aan de bovenzijde dáár, waar de ledige breukzak met de buitenvlakte van het gezwel is vergroeid n.l. 9 m.M.

De wand van den zak, waarin het bloederige vocht zich bevonden heeft (cystewand) bestaat geheel uit nieuwgevormd

weefsel, aan de buitenzijde met de tunica vaginalis communis bekleed. Deze tunica hangt echter niet zeer innig samen met het nieuwgevormde weefsel, zoodat wij met eenig geweld gemakkelijk de verdikte tunica er van kunnen aftrekken. In het onderste derde gedeelte bestaat de wand aan de vóórzijde alleen uit nieuwgevormd weefsel, waartegen zich aan de buitenzijde de testikel en epididymis met de tunica vaginalis propria aanleggen. Deze laatste organen liggen dus met hun tunica vaginalis propria geheel en al buiten de haematocele, ze vormen echter een, in de holte der haematocele, naar binnen promineerende massa. De epididymis ligt geheel opgesloten in den nieuw gevormden haematocele-wand; de testikel is aan de achterzijde eveneens innig met den cystewand vergroeid. De binnenvlakte van den wand der haematocele is oneffen, hier en daar verhevenheden vertoonende, en met een fibrinbeslag bedekt. Deze fibrinlaag is geel gekleurd, en vertoont hier en daar meer rood gekleurde plekken, alsof daar ter plaatse versche bloedingen hebben plaats gehad. Het fibrinbeslag laat zich in kleine stukjes van den binnenwand aftrekken.

Beschouwen wij thans den tumor bij een sagittale doorsnede. (Zie de plaat). In 't bovenste twee-derde gedeelte ligt de haematocele geopend voor ons, en wel gesplitst in een rechter en linker, resp. binnenste en buitenste helft. In 't onderste derde gedeelte ligt aan de vóórzijde de holte der hydrocele. Tusschen deze hydrocele en de haematocele bevindt zich echter nog een derde cyste. Deze derde cyste is kokervormig, en neemt haren oorsprong aan de achterzijde van den testikel tusschen dit orgaan en 't caput epididymis. In zijn verloop beschrijft deze cyste een halven cirkel. Allereerst richt zij zich van 't caput epididymis binnenwaarts, totdat ze gekomen is aan de verdikte tunica vaginalis com-

munis. Door deze membraan belet wordende zich verder in dezelfde richting te ontwikkelen, buigt ze zich naar voren en blijft onder de tunica communis verloopen. Aan de voorzijde gekomen buigt ze zich opnieuw om naar buiten waar de cyste eindigt. Ze verloopt dus bijna geheel in een horizontaal vlak, een halven cirkel beschrijvende rondom den testikel. In de holte der cyste zijn, vooral in de nabijheid van den testikel, een aantal incomplete tusschenschotten aanwezig, waardoor het waarschijnlijk wordt, dat de cyste uit een combinatie van een aantal kleinere is ontstaan. De inhoud is waterachtig, doch een weinig troebel. De wand der cyste is vrij dun (2 à 3 m.M.) maar deze hangt aan de eene zijde innig samen met den wand van de haematocele, aan de andere zijde met de verdikte tunica vaginalis propria. Dáár waar de cyste onder de tunica vaginalis communis verloopt, is de wand met deze tunica eveneens vergroeid.

't Cavum vaginale testis is door de aanwezigheid van eene hoeveelheid helder-geel gekleurd serum uitgezet. De tunica propria is sterk verdikt (3 à 4 m.M.) De binnenvlakte dezer tunica is een weinig gerimpeld. In 't middelste achterste gedeelte dezer holte is de testikel gelegen, die in de hydrocele-holte promineert. De vóórvlakte van den testikel is naar voren gekeerd, van den epididymis is alleen van ter zijde een gedeelte van 't caput zichtbaar, 't overige gedeelte van den epididymis ligt geheel opgesloten in den wand van de haematocele. De testikel is onbewegelijk, omdat zijn geheele achtervlakte innig vergroeid is met den haematocele-wand. Aan de bovenzijde is een kleine gesteelde hydatide aanwezig. De testikel zelf is vrij klein, en eenigszins atrophisch, zijn grootste lengte bedraagt 28 m.M., bij een grootste breedte van 16 m.M. De testikel ligt dus in 't onderste gedeelte van den

tumor in 't midden; aan de vóórzijde begrensd door de hydrocele, aan de achterzijde door de haematocele. Hij is echter dichter bij den achterwand dan bij den voorwand gelegen.

Op onze doorsnede is bovendien aan de boven-vóórzijde van het gezwel de zich daar bevindende ledige breukzak in twee helften verdeeld. Beschouwen we nu het gemaakte snijvlak, dan zien wij, dat de zak zóó innig vergroeid is met den haematocele-wand, dat er zelfs geen sprake van is met juistheid te kunnen zeggen, waar de grens is tusschen breukzak en cystewand. Evenmin kan er daarom aan gedacht worden den breukzak van de cyste los te praepareeren. Dicht achter den breukzak ligt de funiculus spermaticus, die hier in den wand van de cyste overgaat. Noch door 't gevoel, noch door 't gezicht is, zoo min aan de binnen- als aan de buitenzijde van den cystewand, iets meer van 't verloop van den funiculus te bespeuren. Maken we echter een dwarsche coupe van den achterwand der haematocele, dan zien we, dat de funiculus geheel en al in den wand opgesloten, verloopt aan de achterzijde van den tumor, een weinig buitenwaarts van de mediaanlijn. De funiculus is in de richting van voren naar achteren platgedrukt, zoodat hij op doorsnede niet een ronde maar een spleetvormige gedaante bezit. Meer naar voren is de art. spermatica interna met de omringende vaten gelegen, meer naar achteren 't vas deferens met de vaten tot den achtersten plexus behoorende. In den wand der haematocele zet de funiculus verder zijn verloop voort, totdat hij gekomen is aan 't laagst gelegen punt van den tumor. Hier buigt 't vas deferens zich om, ten einde over te gaan in de cauda epididymis, welke aan de achterzijde eveneens geheel en al ligt ingesloten in den haematocele-wand.

Macroscopisch en microscopisch onderzoek van den haematocele-wand.

Maken wij op verschillende plaatsen dwarsche coupes van den wand, dan zien wij, dat zijn dikte afwisselt van 4 m.M. tot 11 m.M. Bij nauwkeurige beschouwing van het snijvlak zien wij, dat de wand bestaat uit zeer vast weefsel, en dat hij is samengesteld uit een aaneenschakeling van concentrische lagen, die zeer innig samenhangen, alleen aan de buitenzijde laat zich de tunica vaginalis communis met eenig geweld afscheuren, terwijl aan de binnenzijde eveneens kleine stukjes fibrin-stremsels van den wand kunnen worden afgetrokken. Aan enkele coupes zien wij sommige circumscripte plaatsen, die rood of bruin gekleurd zijn. Deze plaatsen, die in grootte afwisselen van een speldeknop tot die van een hagelkorrel, worden nu eens meer in de nabijheid der binnenvlakte, dan weer meer buitenwaarts of ook wel onmiddellijk onder de tunica vaginalis communis aangetroffen. Zij schijnen ontstaan te zijn uit kleine nog vrij versche bloedingen, die in den wand zelf hebben plaatsgehad.

Microscopisch onderzochten wij een aantal dwarscoupes op verschillende plaatsen uit den wand genomen, welke coupes we deels ongekleurd, deels gekleurd met boraxcarmijn of bismark-bruin bezagen.

Reeds bij zwakke vergrooting blijkt, dat de wand uit verschillende lagen van bindweefsel bestaat, van welke de buitenste goed gevormd bindweefsel met duidelijke bindweefsellichaampjes bevatten, terwijl de aan den binnenwand der cyste beantwoordende lagen een sterke kleincellige infiltratie vertoonen. De geheele wand is rijk aan bloed-

vaten, waarvan de wand op doorsnede sterk verdikt schijnt te zijn.

Bij sterke vergrooting (350 maal) blijkt, dat de binnenste zeer dunne laag alleen uit roode bloedlichaampjes, die in een net van fibrinedraden gelegen zijn, bestaat. Deze roode bloedlichaampjes vertoonen nog een tamelijk roode kleur en hebben hun ronden vorm behouden. De daarop volgende laag bestaat uit ongeveer niets anders dan een sterke opeenhooping van kleine ronde cellen, waartusschen echter hier en daar reeds duidelijk bindweefseldraden te herkennen zijn, terwijl nevens de kleine ronde cellen talrijke roode bloedlichaampjes worden aangetroffen. Het allersterkst is de opeenhooping der kleine ronde cellen in de onmiddellijke nabijheid der bloedvaten. In de daaraanvolgende laag ziet men duidelijk gevormde stevige bindweefseldraden, terwijl daarin van kleincellige infiltratie slechts weinig meer te zien is. De mazen van het bindweefsel blijken bij nauwkeurig toezien met geheel ontkleurde roode bloedlichaampjes te zijn opgevuld. Hier en daar ziet men enkele hämatoidin-kristallen, méér dan deze ziet men klompjes, die uit pigment bestaan. Deze zijn geel-bruin gekleurd en doen aan galkleurstoffen denken. In verschillende mazen is niet veel meer dan detritus, waarschijnlijk van roode bloedlichaampjes afkomstig, waar te nemen.

In de onmiddellijke nabijheid van den funiculus ziet men bundels van glad spierweefsel (cremaster internus).

Ten slotte verdient vermelding, dat op verschillende plaatsen, zoowel in de nabijheid van de binnen- als buitenvlakte van den wand versche bloedingen zijn waar te nemen.

Het hierboven beschreven geval van haematocele inter-

vaginalis moet, om het groot aantal der complicaties waarmede het gepaard gaat, als een unicum worden beschouwd. In de literatuur hebben wij niet één geval gevonden, waar zoovele verschillende pathologische afwijkingen bijéén werden aangetroffen. Wel zijn er gevallen bekend, waar de haematocele intervaginalis, gepaard ging met hydrocele intravaginalis, of met haematocele intravaginalis of met hydrocele intravaginalis en een ledigen breukzak, maar een combinatie van haematocele intervaginalis, hydrocele intravaginalis, spermatocele en een ledigen breukzak vinden wij nergens vermeld.

Dat het louter toeval is, dat al deze afwijkingen te gelijk worden aangetroffen, meenen wij te moeten betwijfelen. Alleen de aanwezigheid van den breukzak zou als toevallig mogen worden beschouwd, 't bestaan der hydrocele en spermatocele kan echter zeer goed worden verklaard. In 't casuistisch overzicht, dat we in de vorige bladzijden hebben gegeven, heeft het reeds onze aandacht getrokken, dat betrekkelijk frequent (in 4 gevallen) de haematocele met een hydrocele intravaginalis gepaard ging. Indien wij aannemen, dat bij onzen patient de haematocele intervaginalis de primaire aandoening is geweest, dan kan het ons niet verwonderen, dat de ontsteking, die blijkens het microscopisch onderzoek, hare zitplaats in den haematocelewand heeft, zich voortplant op de onmiddellijk daaraan grenzende weefsels, en zich ook uitstrekt op de tunica vaginalis propria. Het natuurlijk gevolg hiervan zal wezen een vochtuitstorting in 't cavum vaginale testis. De hydrocele is derhalve naar onze meening als een gevolg van de aanwezigheid der haematocele te beschouwen.

Wat de spermatocele betreft, 't ontstaan dezer aandoening is eveneens gemakkelijk te verklaren. Zooals wij gezien hebben verloopt de funiculus spermaticus en meer in 't

bijzonder 't vas deferens geheel in den achterwand der haematocele. Het vormt met dezen wand één geheel en alleen op doorsnede is iets van zijn verloop te herkennen. Door den aanhoudenden druk waaraan dit vas deferens is blootgesteld geweest, (deels door retractie van het nieuw gevormde bindweefsel van den cystenwand, deels door de drukking, die het uitgestorte bloed op den wand uitoefent) moet ongetwijfeld de voortbeweging van zijn inhoud belemmerd zijn geworden. De stuwing hierdoor ontstaan kan tot de vorming der spermatocele hebben aanleiding gegeven, die dus als een retentie-cyste zou moeten worden beschouwd. Op deze wijze laat zich dus de combinatie van haematocele, hydrocele en spermatocele gemakkelijk verklaren. Schijnbaar in strijd met deze verklaring is het feit, dat we in de literatuur geen enkel geval vermeld vinden, waar, naast een haematocele, van de aanwezigheid van een spermatocele wordt melding gemaakt. Voor 't ontstaan der spermatocele is echter in de eerste plaats een vereischte, dat de testikel nog gedurende eenigen tijd zijn functies blijft verrichten, en in de tweede plaats moet het vas deferens aan een niet onbelangrijken druk zijn blootgesteld. Hoewel we over het eerste punt in de meeste gevallen niet kunnen oordeelen, moeten wij toch wat het tweede punt betreft vermelden, dat 't eigenaardig verloop van het vas deferens, zooals dat in ons geval is waargenomen, slechts zelden is beschreven. In die gevallen, waar meer nauwkeurig gelet is op 't verloop van 't vas deferens, vinden wij dikwijls opgeteekend, dat het aan de achterzijde van den cystewand verloopt, en daar duidelijk te betasten is. In dergelijke gevallen zal de voortbeweging van zijn inhoud niet zoo sterk belemmerd zijn, als in ons geval, waar het vas deferens met den cystewand één geheel vormt.

Wil men niet 't gelijktijdig voorkomen van deze ver-

schillende aandoeningen als geheel toevallig beschouwen, waartoe men onzes inziens niet gerechtigd is, daar, gelijk boven reeds gezegd, dit toeval dan al te dikwijls zou plaats hebben, dan toont de zoo even gegeven verklaring het duidelijkst 't noodzakelijk verband tusschen de genoemde afwijkingen aan.

DERDE HOOFDSTUK.

Aetiologie en Pathogenese, Symptomatologie en Therapie.

Bij de bespreking van de aetiologie en de pathogenese der bloeduitstortingen, die tusschen de beide tunicae van den testikel en van den funiculus worden aangetroffen, moet men in de eerste plaats een streng onderscheid maken tusschen een haematoom en een haematocele.

Wanneer een patient tot ons komt, bij wien door de inwerking van een trauma, plotseling in 't verloop van den funiculus een zwelling ontstaan is, en wij zien deze zwelling zelfs nog aanhoudend grooter worden, dan zal niemand in onzekerheid verkeeren omtrent den aard en 't wezen dezer aandoening. Door 't trauma is klaarblijkelijk een bloedvat verscheurd (dáárgelaten of dit bloedvat vooraf volkomen normaal of abnormaal was) en 't bloed heeft zich een weg gebaand in 't omliggende celweefsel. Is het bloedende vat binnen de tunica vaginalis communis gelegen, en is deze membraan ongedeerd gebleven, dan zal ook 't uitgestorte bloed zich binnen deze tunica bevinden en omgekeerd. In zulk een geval hebben wij met een bloed-

uitstorting te doen, die in geenerlei opzicht afwijkt van die bloeduitstortingen, die onder denzelfden invloed ook op alle andere plaatsen van het lichaam voorkomen en bestempeld worden met den naam van „haematoma." Had het trauma in plaats van op pat.'s scrotum, op zijn voorhoofd ingewerkt, dan zou dáár waarschijnlijk eveneens een bloedbuil ontstaan zijn. Dergelijke gevallen vinden wij in de literatuur als haematocelen vermeld [1]), maar eigenlijk onderscheiden zij zich in niets van haematomen, en daarom is het beter deze benaming ook hier toe te passen en ze als „haematoma funiculi" te vermelden. Dat dergelijke bloedingen behalve door inwerking van ruw geweld eveneens kunnen ontstaan door een krachtsinspanning, door den invloed van de buikpers, door hoesten enz., zijn voldoend bekende feiten, waarmede wij ons hier niet langer zullen bezighouden. Evenmin behoeven wij te zeggen, dat de aanwezigheid van een varicocele van grooten invloed kan zijn op 't ontstaan van een dergelijk haematoom (geval van Bérard, zie pg. 10). Deze haematomen te scheiden van de haematocelen in meer engeren zin, is nog van des te meer belang, omdat ze in alle opzichten, in aetiologie, pathogenese, symptomatologie, verloop en behandeling, geheel en al van deze laatste afwijken, en daardoor zou het slechts tot verwarring aanleiding kunnen geven, als wij beide aandoeningen met denzelfden naam bestempelden. Dat een haematoom in latere stadiën tot 't ontstaan van een haematocele kan aanleiding geven, zal uit 't volgende voldoende blijken; voor 't overige willen wij de haematomen van den funiculus hier verder laten rusten en ons wenden tot de eigenlijke haematocelen.

---

1) Zie o. a. een geval van Dr. F. Thormann. „Haematocele bei einem Jünglinge aus einer Bluter-Familie. Schweiz. Zeitschr. II. Bd. 3 Hft.

Wil men zich een type van een haematocele stellen, dan kunnen wij niet beter doen, dan te verwijzen naar het door ons waargenomen en in hoofdstuk II beschreven geval.

Een gezwel reeds zeer lang bestaande, dat langen tijd schijnbaar even groot is gebleven, totdat het zonder bekende oorzaak langzamerhand in grootte is toegenomen, en eindelijk zoo groot is geworden, dat het door omvang en gewicht last veroorzaakt, zonder ooit te voren pijn of eenig ander ongemak te hebben teweeggebracht; ziedaar een ziektebeeld geheel en al afwijkend van het hierboven genoemde haematoom, en volkomen van toepassing op onze haematocele. Beschouwen wij nu deze haematocele nader, dan moeten wij 't allereerst stilstaan bij den inhoud, om vervolgens onze aandacht te bepalen op den eigenaardigen bouw van den wand der bloedcyste. Omtrent de chemische en microscopische bijzonderheden van den inhoud der haematocele zullen wij slechts kort vermelden wat daaromtrent in elk boek te vinden is. De cyste-inhoud hebben wij zelf niet onderzocht, om de zeer geldige reden, dat de geheele inhoud bij de operatie verloren was gegaan.

De inhoud dan, vertoont, wat kleur betreft, alle verschillende nuances van helder- geel tot zwart-rood; zijn graad van consistentie variëert van volkomen vloeibaarheid tot die van een vast stolsel. Microscopisch treft men hoofdzakelijk gedeeltelijk nog goed gevormde, gedeeltelijk ineen geschrompelde bloedlichaampjes aan, verder cholesterinkristallen en fibrine-stolsels. Wat den bouw van den cystewand betreft, verwijzen wij naar de macroscopische en microscopische bijzonderheden in 't vorig hoofdstuk vermeld.

Na aldus meer nauwkeurig te hebben kennis gemaakt met de haematocele, zooals ze zich na hare volkomen ontwikkeling aan ons voordoet, rijzen tal van vragen voor

ons op, omtrent hare juiste anatomische zitplaats, hare verhouding tot de omliggende deelen, hoe en waardoor de haematocele ontstaat, op welke wijze ze in omvang toeneemt, hoe de eigenaardige wand ontstaat, of de bouw van den wand invloed heeft op de samenstelling van den inhoud, enz.

Bepalen wij ons vooreerst tot die intervaginale haematocelen, die in 't verloop van den funiculus worden aangetroffen, en vergelijken wij deze vormen met de analoge hydrocele funiculi. Van deze laatste is het bekend, dat ze moet beschouwd worden als een vochtaanzameling in een gedeelte van den niet geheel geobliterereerden processus vaginalis peritonei. Meermalen worden dergelijke niet geobliterereerde gedeelten van dezen processus aangetroffen, waardoor er een gepraeformeerde holte ontstaat, waarvan de wand met een sereus vlies bekleed is, en derhalve volkomen analoog is met het normaal aanwezige cavum vaginale testis. En evenals wij hier een hydrocele en een haematocele vaginalis onderscheiden, zullen wij ook een hydrocele en een haematocele funiculi moeten aannemen, die beide dus gelegen zijn in de hierboven genoemde gepraeformeerde holte.

Behalve deze haematocele leeren echter verschillende uit de literatuur ons bekende gevallen, dat er nog een andere wijze van ontstaan voor haar moet worden aangenomen. Dikwijls toch hebben wij gezien, dat er een haematocele ontstond na de inwerking van een trauma. Om deze gevallen verklaarbaar te maken moeten wij aannemen, dat door het trauma een bloeduitstorting is tot stand gekomen, waaruit zich later een haematocele heeft ontwikkeld. Deze bloeduitstortingen nu zullen plaats hebben in 't celweefsel, tusschen de verschillende elementen van den funiculus gelegen, en hier zal zich dus een haematocele ont-

wikkelen op een plaats, die niets te maken heeft met de overblijfselen van den processus vaginalis peritonei. De zitplaats der haematocele is dus tweeërlei: 1° kan ze gelegen zijn in een niet geobliterereerd gedeelte van den processus vaginalis peritonei, en 2° in 't celweefsel van den funiculus zelven. In 't eerste geval zal de haematocele zich tot de omliggende deelen op dezelfde wijze verhouden als bij een hydrocele funiculi. De funiculus zal door de vochtuitstorting in den regel in toto naar achteren worden gedrongen. Moeten wij dus in latere stadiën, als de elementen van den funiculus geheel en al in den wand van de haematocele opgenomen kunnen zijn, de plaats zoeken, waar deze zich bevinden, dan zullen wij ze in den regel aantreffen in den achterwand van den tumor, en wel zoodanig gelegen, dat de verschillende elementen ten opzichte van elkaar niet of slechts weinig van plaats veranderd zijn. Van de sereuze bekleeding van den binnenwand der haematocele zal in een dergelijk vergevorderd stadium evenmin meer iets te herkennen zijn als bij een haematocele vaginalis. Is de haematocele in 't celweefsel van den funiculus zelven gelegen, dan kunnen wij à priori niets zeggen omtrent de ligging van de elementen van den funiculus, immers deze zal geheel en al afhankelijk zijn van de plaats, waar de primaire bloeduitstorting is tot stand gekomen. Bij dergelijke gevallen, meenen wij echter, dat er meer kans zal bestaan, dat in latere stadiën de verschillende deelen van den funiculus onderling in ligging van den norm zullen afwijken. Heeft b. v. de primaire bloeduitstorting plaats gehad uit een der venae tot den achtersten plexus van den funiculus behoorende, dan zullen toch ongetwijfeld de elementen van dezen plexus (vas deferens, art. deferentialis en funicularis, venae etc.) onderling uiteen worden gedrongen, terwijl ze bovendien ten opzichte van de elementen van

den voorsten plexus (art. spermatica int., venae enz.) van plaats moeten veranderen. De afwijking van den norm, wat betreft de verschillende elementen van den funiculus, zou derhalve een aangrijpingspunt kunnen zijn, om bij het pathologisch-anatomisch onderzoek van een dergelijke haematocele uit te maken, of ze gelegen is in het celweefsel van den funiculus of in een holte van den processus vaginalis. Het is volstrekt onze bedoeling niet, in de verhouding, die de funiculus ten opzichte van den tumor inneemt, een onfeilbaar herkenningsmiddel voor de zitplaats der haematocele te zien, we willen alleen doen uitkomen, dat die verhouding een moment kan zijn, om de moeielijke vraag, omtrent de juiste zitplaats der cyste, tot een oplossing te brengen. Behalve het bovengenoemde is er, meenen wij, nog iets anders, waardoor ook microscopisch de juiste zitplaats der haematocele kan worden nagegaan. Heeft n.l. de bloeduitstorting in 't celweefsel van den funiculus plaats gehad, dan zullen in latere stadiën toch altijd dezelfde elementen, die in dit celweefsel worden aangetroffen, kunnen worden teruggevonden in den wand der haematocele. Behalve bindweefsel treffen wij gladde spiervezelen afkomstig van den cremaster internus (Henle) in dit weefsel aan. Later zullen wij dus in den wand van de haematocele eveneens gladde spiervezelen moeten aantreffen, en wel niet tot ééne plaats beperkt, maar op de meest verschillende plaatsen van den wand. Heeft de haematocele haar zitplaats in een niet geobliteereerd gedeelte van den processus vaginalis peritonei, dan zullen wij slechts in de onmiddelijke nabijheid van de elementen van den funiculus gladde spiervezelen aantreffen, omdat in dit laatste geval de verschillende deelen van den funiculus door de vochtuitstorting niet uiteen zijn gedrongen, maar alleen in toto verplaatst zijn.

Hoewel we van deze bijzonderheden bij de beschrijving der waargenomen gevallen nergens vinden melding gemaakt, meenen wij toch, dat van beide vormen voorbeelden kunnen worden gevonden. Zoo zullen waarschijnlijk de gevallen van Velpeau (Zie pg. 12) en Gosselin (Zie pg. 10) moeten beschouwd worden als haematocelen van een niet geobliterecerd gedeelte van den processus vaginalis, terwijl daarentegen die van Fleury (Zie pg. 16) Astley Cooper (Zie pg. 22) enz. moeten worden beschouwd als te zijn gelegen in 't celweefsel van den funiculus.

Het door ons medegedeelde geval meenen wij, dat tot de eerste rubriek moet worden gebracht, omdat uit de anamnese niet blijkt, dat de haematocele uit een haematoma funiculi is ontstaan, en omdat bij 't onderzoek van den tumor gebleken is, dat de funiculus in zijn geheel in den achterwand van den tumor verloopt, terwijl ook alleen dáár in den wand der cyste gladde spiervezelen worden aangetroffen. Een derde punt, dat voor ons misschien van belang zou kunnen zijn om de juiste plaats der haematocele te kunnen aangeven, is de verhouding van den testikel en epididymis ten opzichte van de bloedcyste. Bij een vochtuitstorting in een geobliterecerd gedeelte van den processus vaginalis peritonei, zal de daardoor gevormde tumor zich in vele gevallen niet verder uitstrekken dan tot het hoogst gelegen punt van de tunica vaginalis propria testis, d. i. tot aan de plaats, waar de tunica vaginalis propria overgaat in den geobliterecerden processus vagin. peritonei. De testikel en epididymis zullen dan aan de onderzijde van den tumor liggen en geheel afgescheiden van het gezwel te betasten zijn, zooals dat ook in verschillende gevallen is aangegeven, en zooals wij dat ook dikwijls bij een hydrocele funiculi kunnen waarnemen. Neemt echter de tumor een grooteren omvang aan, dan

zal dit symptoom, niet meer gezien worden. Dat een vochtuitstorting in 't celweefsel van den funiculus aanleiding kan geven tot een tumor, die zich tot het laagst gelegen punt van het scrotum uitstrekt, is voldoende bewezen door de injectieproeven van Kocher [1]) (inspuiten van een vloeistof binnen de tunica vaginalis communis).

De tunica vaginalis communis speelt bij de haematocele intervaginalis slechts een passieve rol. Ze bedekt deze en hangt min of meer innig met den buitenwand der haematocele samen. Deze verbinding is echter niet zóó vast, dat ze niet vrij gemakkelijk kan worden verscheurd. Meestal zal ook de tunica door voortgeplante ontsteking min of meer verdikt zijn.

Hoewel de tunica vaginalis communis slechts een ondergeschikte rol speelt, wat betreft de wijze van ontstaan en 't wezen der haematocele, zoo is zij van des te meer gewicht, wat betreft de uitbreiding van den tumor. In de inleiding hebben wij er reeds op gewezen, dat de tunica vaginalis communis hier een zeer belangrijke rol speelt, en juist hierom hebben wij de handelwijze van sommige schrijvers, die met deze tunica geen rekening hielden, ten sterkste afgekeurd. De tunica vaginalis communis toch geeft den weg aan, dien de bloeduitstortingen moeten nemen. Om dien weg te leeren kennen moeten wij wederom naar de hierboven genoemde injectie-proeven van Kocher verwijzen. Kocher heeft ons geleerd, hoe het vocht zich retroperitoneaal een weg baant langs de bovenvlakte van de fascia ileum en zich zelfs tot aan 't coecum kan uitbreiden. Heeft de bloeduitstorting plaats buiten de tunica vagin. communis, dan kan ze, als ze zeer rijkelijk is, zich uitstrekken op den penis, het perineum, de dijen, den buikwand,

1) l. c. pg. 43.

enz., zoolang echter de tunica vagin. communis nog ongeschonden dáár is, zal ze als scheidsmuur dienen om te beletten, dat het uitgestorte vocht zich in abdomine een weg baant.

Het geval van Gray, dat door ons op pg. 30 is medegedeeld, is een prachtig voorbeeld van de intra-abdominale uitbreiding, die een bloeduitstorting, welke binnen de tunica vagin. communis plaats heeft, kan verkrijgen, en waarmede de injectie-proeven van Kocher ten volle overeenstemmen. Ook in het letaal verloopen geval van Baum wordt in 't sectieverslag medegedeeld, dat de diffuse phlegmone van het scrotum zich langs den funiculus tot aan 't coecum uitstrekte.

Dat het verder voor den funiculus zelf van enorm veel gewicht is, of de bloeduitstorting zich binnen of buiten de tunica vagin. communis bevindt, is zóó duidelijk, dat we hierover niet behoeven uit te weiden.

Hoewel het uit een practisch oogpunt van weinig belang is bij de haematocele intervaginalis te onderscheiden, of ze in een niet geobliterеerd gedeelte van den processus vaginalis peritonei, of in 't celweefsel van den funiculus is gelegen, zoo is dit van des te meer gewicht om ons een juist inzicht te geven omtrent de aetiologie en pathogenese der haematocelen. De wijze van ontstaan van de haematocele van den processus vaginalis zal volkomen identisch wezen aan die, waarop een haematocele vaginalis ontstaat. De haematocele kan derhalve ontstaan uit een hydrocele funiculi onder de inwerking van verschillende schadelijke invloeden. Naast deze wijze van ontstaan moeten wij ook nog eene andere aannemen, en wèl door bloeduitstorting in een holte van den processus vaginalis; kortom we kunnen ons dezen vorm van haematocele op al die wijzen ontstaan denken, waarop wij weten, dat ook een haematocele vaginalis tot stand komt.

Anders is het gesteld met onze tweede rubriek. Bij deze moet naar onze meening steeds een bloeduitstorting 't primaire der aandoening zijn, daargelaten of deze bloeduitstorting van grooten of kleinen omvang is. Is eenmaal een bloeduitstorting in 't celweefsel tot stand gekomen, dan zal het uitgestorte bloed, als vreemd lichaam werkende, daar ter plaatse ontsteking te weeg brengen en langzamerhand zal het bloed-extravasaat worden afgekapseld, evenals we dat op alle andere plaatsen van het lichaam zien (de gevallen, waarbij 't bloed geresorbeerd wordt, of suppuratie of gangreen veroorzaakt, blijven hier natuurlijk buiten beschouwing).

Wanneer ons deze wijze van ontstaan duidelijk voor den geest staat, dan valt het niet moeielijk ook die gevallen, waarbij geen evident trauma is voorafgegaan, te verklaren. Gaan wij onze casuistiek na, dan zien wij, dat in 6 gevallen een vrij belangrijk trauma aan 't ontstaan der haematocele is voorafgegaan, terwijl in 5 gevallen wordt aangegeven, dat het scrotum aan de inwerking van geringe traumata is blootgesteld geweest, en eindelijk bij 4 gevallen wordt vermeld, dat de tumor geheel spontaan ontstaan is, zonder eenige bekende oorzaak. (5 gevallen blijven hier buiten rekening omdat de anamnestische bijzonderheden ons niet nauwkeurig bekend zijn). Het door ons waargenomen geval zou eveneens tot de spontaan ontstane moeten gerekend worden. Maar afgezien nog van de omstandigheid, dat elk scrotum wel eens aan min of meer ingrijpende traumata is blootgesteld, zoo zal dit toch zeker wel het geval zijn geweest bij iemand, die als schippersknecht een ruw zeeleven geleid heeft De uitdrukking „spontaan ontstaan" moeten wij dan ook cum grano salis opvatten en liever daarvoor in de plaats stellen, dat aan patient geen oorzaak bekend is.

Waarom nu bij het eene individu door zulk een geringen invloed een bloeduitstorting tot stand komt, en bij het andere niet, is een vraag waarop wij het antwoord moeten schuldig blijven. 't Gemakkelijkst is het zeker hier maar weder aan een ziekte van den vaatwand de schuld te geven.

Heeft er nu eenmaal in 't weefsel een kleine bloeduitstorting plaats gehad, hoe kan zich dan hieruit een haematocele ontwikkelen, die langzamerhand in omvang toeneemt? Door hetgeen het microscopisch onderzoek van het door ons waargenomen geval geleerd heeft, meenen wij in staat te zijn deze vraag volkomen te beantwoorden. Recapituleeren wij de uitkomsten, die ons dit onderzoek gegeven heeft, dan kunnen wij 't volgende vaststellen.

De wand der cyste bestaat uit verschillende lagen min of meer goed gevormd bindweefsel. Deze lagen moeten na elkaar ontstaan zijn en wèl zijn de buitenste lagen van oude dagteekening, terwijl we van buiten naar binnen gaande steeds lagen van jongeren datum aantreffen. In de binnenste lagen is het zelfs nog niet tot de vorming van bindweefsel gekomen; daarentegen treffen wij hier een rijk kleincellig infiltraat aan, dat vooral in de omgeving der talrijke vaten (met hun verdikte wanden) het sterkst is, ten bewijze, dat we in deze lagen met een versch ontstekingsproces te doen hebben. Het karakter van dit ontstekingsproces is echter van bijzonderen aard, getuige de groote hoeveelheid roode bloedlichaampjes, die in de binnenste lagen worden aangetroffen. We hebben dus klaarblijkelijk met een z. g. haemorrhagische ontsteking te doen. De groote rijkdom aan vaten van het nieuw gevormde weefsel en de meerdere broosheid steeds aan d rgelijke vaten eigen, dragen bovendien het hunne bij om de hoeveelheid van het bloed in 't weefsel van den cystewand nog grooter te maken. Op verschillende plaatsen treffen wij dan ook roode bloed-

lichaampjes in grooten getale aan, die ongetwijfeld per rhexin de bloedbaan hebben verlaten. Vooral ook in de binnenste lagen zijn overal dergelijke versche bloedingen te constateeren.

Het primaire bloedextravasaat, als vreemd lichaam werkende, veroorzaakt derhalve een ontsteking, waardoor dit extravasaat van de omgeving wordt afgekapseld. Van uit de binnenste laag van deze kapsel hebben echter aanhoudend nieuwe bloeduitstortingen plaats, die den inhoud van de oorspronkelijke cyste doen toenemen, waardoor reeds één factor voor het grooter worden der cyste gegeven is. In de binnenste laag, waar de ontsteking 't levendigst is, zal uit de witte bloedlichaampjes bindweefsel-formatie plaats hebben, terwijl zich weder een nieuwe jongere laag aan de binnenzijde zal afzetten, waarin niets dan kleincellige infiltratie, roode bloedlichaampjes enz. worden gevonden. De dikte-toename van den wand zal dus een 2de factor voor de voluumstoename van de haematocele zijn. Dat dit proces nu eens bijna geheel tot stilstand zal komen, om dan weder met des te meer intensiteit voorttegaan is hoogstwaarschijnlijk. De inwerking van allerlei schadelijke invloeden, traumata enz. zullen ongetwijfeld een belangrijke rol spelen om de intensiteit der ontsteking te bepalen. Zoo heeft in het door ons waargenomen geval de punctie der hydrocele ongetwijfeld niet alleen een acute exacerbatie van de ontsteking der tunica vaginalis propria teweeggebracht, maar eveneens van de haematocele. De haemorrhagische ontsteking moet dus als 't typische der haematocele worden beschouwd.

Dat bij een haematocele van den processus vaginalis peritonei 't zelfde proces plaats heeft, onverschillig of er een hydrocele vooraf is gegaan of niet, zal nauwelijks gezegd behoeven te worden. Ook Kocher heeft, zonder in détails

te treden, de haematocelen als periorchitis en perispermatitis chronica haemorrhagica beschreven, en legt ook op de haemorrhagische ontsteking als 't typische der aandoening den meesten nadruk.

Waarom een haematocele in sommige gevallen 12, 17, 20 jaar en nog langer (waarnemingen van Cooper, Gosselin, White, en ons geval), voor zijn ontwikkeling noodig heeft, is ons nu eveneens duidelijk.

Wat het geval van Bruch betreft [1]), waar de haematocele aan de onderzijde van den testikel tusschen tunica vaginalis propria en communis werd aangetroffen, dit geval is het eenige van dien aard, dat in de literatuur bekend is. Wel wordt ook door Kocher een afbeelding van een dergelijk praeparaat uit de Heidelbergsche verzameling gegeven, maar het schijnt ons toe, dat dit hetzelfde is, als het door Bruch beschrevene, immers Bruch's beschrijving past volkomen op het door Kocher afgebeelde praeparaat en bovendien schijnt het ons meer dan toevallig dat Bruch, destijds lector aan de Heidelbergsche universiteit, eveneens van een dáár geobserveerd geval spreekt. Uit de anamnese blijkt ten duidelijkste, dat ook hier een bloeduitstorting moet zijn voorafgegaan, waaromheen zich de eigenaardige cyste-wand gevormd heeft.

Ten slotte nog een enkel woord over de symptomatologie en therapie.

Het symptomencomplex, waaronder een haematocele intervaginalis zich aan ons kan voordoen, willen wij niet in zijn geheel beschrijven, wij zouden daardoor slechts in herhalingen vervallen. Wij meenen te kunnen volstaan, door naar het tweede hoofdstuk te verwijzen.

Op enkele punten willen wij echter nog in 't bijzonder

---

1) Zie pg. 14.

de aandacht vestigen. Door alle schrijvers wordt met bijzonderen nadruk gewezen op de verhouding van den testikel tot de haematocele als bijzonder diagnostisch kenteeken. In vele gevallen wordt opgegeven, dat de testikel aan de onderzijde van den tumor gelegen is, en onafhankelijk van dezen kan worden heen en weer bewogen. Wanneer dit het geval is, wordt ongetwijfeld de diagnose veel vereenvoudigd. Is dit niet het geval, dan blijft voor de differentieel-diagnose tegenover haematocele intravaginalis, niets anders over, zegt Kocher [1]), dan aan te toonen, dat de testikel aan zijn buitenvlakte niet door den cyste-wand bedekt wordt. Om hierover te kunnen oordeelen moet men er op letten, of het mogelijk is een harden rand te voelen, welke alleen bij de intervaginale vormen rondom den testikel kan worden waargenomen, en welke tegenover de weeke substantie van den testikel duidelijk te voelen is. Deze karakteristieke harde ring ontstaat, doordat de dikke cystewand zich naar binnen omslaat, als hij aan den bovenrand van den testikel is gekomen, terwijl de buitenvlakte van den testikel slechts door de onveranderde tunicae wordt bedekt. Wanneer dit kenmerk te constateeren is, zooals in het geval van Kocher (zie pg. 28) zal de diagnose nog mogelijk zijn, maar in enkele gevallen laat ook dit symptoom ons in den steek. Een dergelijk geval is het door ons waargenomene, waar absoluut niets van den testikel te herkennen was. De diagnose wordt dan uiterst moeielijk, zoo niet onmogelijk. Later is bij 't onderzoek van den geëxtirpeerden tumor gebleken, dat de testikel ook niet die eigenaardige omkanteling gemaakt had, die door Kocher als karakteristiek wordt beschreven. Dit zal moeten worden toegeschreven aan het gelijktijdig aanwezig zijn van de hy-

1) l.c. pg. 168.

drocele vaginalis. Hoe uiterst moeielijk het kan zijn de haematocele intravaginalis van de intervaginalis te onderscheiden blijkt bovendien wel uit het feit dat mannen als Gosselin en Cooper zich niet alleen in de diagnose vergisten, maar zelfs hun dwaling na het incideeren van den tumor niet bemerkten. Ook bij het pathologisch-anatomisch onderzoek kan de differentieel-diagnose nog moeielijkheden met zich brengen. Kocher [1]) geeft als „Hauptcharakteristikum" op, dat bij haematocele intervaginalis de testikel nooit den binnenwand der haematocele doet promineeren, terwijl dit bij de haematocele intravaginalis in den regel wèl het geval is. Ook dit kenmerk is bij het door ons waargenomen geval niet steekhoudend. In die gevallen, waar de testikel niet afzonderlijk is te betasten, is ook een verwarring met vaste tumoren van den testikel niet altijd te vermijden.

Wat de therapie betreft, zoo kunnen slechts twee behandelingsmethoden hier in aanmerking komen, n.l. 1°. partieele excisie en 2°. extirpatie van den tumor gecombineerd met castratie. Is de haematocele nog niet bijzonder groot, en kan men partieele excisie verrichten zonder daarbij den funiculus of den testikel te verwonden, dan zal deze operatie wel in de meeste gevallen te verkiezen zijn boven de castratie. Heeft men echter met menschen van meer gevorderden leeftijd te doen, dan is, naar wij meenen, in alle gevallen castratie te verkiezen, omdat we daardoor beter in de gelegenheid zijn, den tumor in toto te verwijderen zonder eenig belangrijk bloedverlies, en wij na de operatie een wond achterlaten, die spoediger en zekerder geneest, dan indien wij de andere operatie-methode toepassen.

1) l. c. pg. 170.

VERKLARING VAN DE PLAAT.

Sagittale doorsnede van den tumor, $^1/_2$ van de natuurlijke grootte.

(HALF-SCHEMATISCH).

T. . . . . . Testikel.

t. v. c. . . . . Tunica vaginalis communis (zwart).

t. v. p. . . . . Tunica vaginalis propria (blauw).

h. m. t. c. . . . Haematocele intervaginalis (rood).

h. d. c. . . . . Hydrocele intravaginalis (blauw).

s. m. t. c. . . . Spermatocele (zwart).

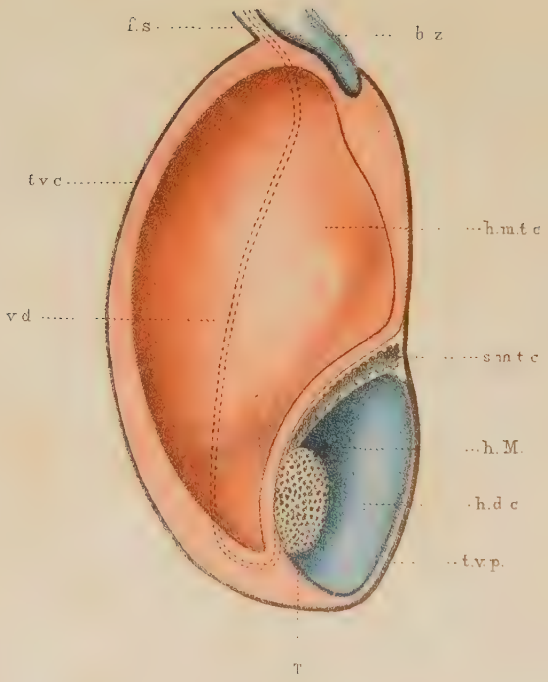
b. z. . . . . . Breukzak (blauw).

f. s. . . . . . Funiculus spermaticus.

v. d. . . . . . Vas deferens, dat geheel *in* den achterwand van den tumor is ingesloten, en waarvan 't verloop door een gestippelde lijn is aangegeven.

h. M. . . . . . Hydatide van Morgagni.

(Van de epididymis is in 't sagittale vlak niets te zien).



A. Nolen del

A J Wendel lith

STELLINGEN.

STELLINGEN.

I.

De raad van Kraske, om bij de radicaal-operatie van hernia inguinalis congenita, in vele gevallen tot ablatio testis over te gaan, is afkeurenswaardig.

II.

De z. g. nieuwe amputatie-methode van Neuber biedt geen enkel voordeel aan boven de tot nog toe gebruikelijke methoden.

III.

Der Cranioclast und die Antisepsis sind berufen die Indication zur Perforation und schnellen Entbindung zu erweitern.

(Fritsch, Sammlung klin. Vortrage, N°. 231).

IV.

De Jequirity-ophthalmie wordt niet door een bacillus veroorzaakt.

V.

De uitspraak van Cohnheim „Das Fieber ist eine weise Einrichtung der Natur." mist voldoenden grond.

VI.

Terecht beweert Virchow, dat de ontdekking van den tubercelbacillus alléén, geen recht geeft de phthisis pulmonum tot de groep der infectie-ziekten te brengen.

VII.

Caries sicca humeri dient streng gescheiden te worden van omarthritis tuberculosa.

VIII.

Bij hooge graden van pes varus en van pes valgus congenitus ga men spoedig tot extirpatio tali over.

IX.

Bij rachitis verdient de behandeling met phosphorus (naar de methode van Kassowitz) alle aanbeveling.

X.

Uit een theoretisch oogpunt is de kuur van Banting te verkiezen boven die van Ebstein.

XI.

De bekend geworden gevallen van vergiftiging met chloras kalicus, geven niet het recht de toepassing van dit middel bij diphtheritis na te laten.

XII.

Het onderzoek van sputa op tuberkelbacillen heeft alleen dàn volstrekt positieve waarde, wanneer bacillen worden gevonden. Zelfs een herhaald negatief resultaat sluit de mogelijkheid van het bestaan van een tuberculeuze long-aandoening niet uit.